



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF/UFAL

TATIANE DA SILVA SANTOS

**TECNOLOGIAS LEVES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: em
tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar**

**MACEIÓ
2021**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

TATIANE DA SILVA SANTOS

**TECNOLOGIAS LEVES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: em
tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar**

Relatório final de dissertação apresentado à banca de defesa, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Orientadora: Prof. Dra. Laís Miranda Crispim Costa

**MACEIÓ
2021**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário Responsável: Jone Sidney A. de Oliveira – CRB-4 - 1485

S237t Santos, Tatiane da Silva.
Tecnologias leves na atenção primária à saúde: em tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar / Tatiane da Silva Santos. – 2021.
123 f. : il. col.

Orientadora: Prof. Dra. Laís Miranda Crispim Costa.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 110-115.
Apêndices: f. 116-123.

1. Enfermagem. 2. Tecnologia – Saúde. 3. Atenção Primária - Saúde. 4. Desenvolvimento Tecnológico. I. Título.

CDU: 616-083

A Deus.

A Virgem Maria e todos os Santos e Santas da Igreja Católica Apostólica Romana.

Aos meus pais – Cicera Carmelita da Silva Santos e Luzinário Sebastião dos Santos.

Aos meus irmãos – Fabiana, Patricia e José Leonardo.

A meu tio – José Pedro da Silva.

Aos meus Verdadeiros Amigos, em especial Ana Rosa.

Às pessoas que trabalham em prol da melhoria das condições de vida de outras.

A todos os que lutam por um SUS melhor e de qualidade, visando a humanização da assistência.

A todos que acreditaram em mim e que torceram para que esse sonho se tornasse realidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre presente em minha vida me enchendo de bênçãos e me guiando por caminhos seguros e, à Virgem Maria, que me protege e me conserva sob sua proteção materna. Também a toda Ordem das Carmelitas que rezam dia e noite pelo bem de toda igreja militante, pertencentes a Igreja Católica Apostólica Roma.

Aos meus amados pais, Cícera Carmelita da Silva Santos e Luzinário Sebastião dos Santos que, com muito sacrifício e amor, nunca mediram esforços para me proporcionar uma excelente educação.

Aos meus irmãos Fabiana da Silva Santos, Patricia da Silva Santos e José Leonardo da Silva Santos, por toda ajuda prestada durante minha formação acadêmica, e por serem os melhores irmãos que alguém poderia ter.

De modo especial, a meu tio, José Pedro da Silva, que me acolheu e me apoiou em toda minha caminhada universitária.

À toda minha família que amo muito.

À Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

A professora Dra. Laís Miranda Crispim Costa, orientadora e amiga, pela esplêndida orientação, confiança e amizade, pelos estímulos e conhecimentos transmitidos.

À banca examinadora, em nome das professoras Maria Lucélia da Hora Sales e Keila Cristina Pereira do Nascimento Oliveira, pela valiosa contribuição.

À Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, bem como todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde, sobretudo das equipes NASF e ESF.

E por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho.

"No que diz respeito ao empenho, ao compromisso, ao esforço, à dedicação, não existe meio termo. Ou você faz uma coisa bem feita ou não faz."

(Ayrton Senna)

RESUMO

Introdução: As tecnologias leves podem auxiliar os profissionais de saúde a desenvolver um processo de trabalho ancorado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista, possuírem características próprias numa perspectiva elucidativa de organização e direcionamento mais ordenado e qualificado das ações de saúde para uma determinada população, sobretudo no campo de trabalho da Atenção Primária à Saúde – APS. Nesse contexto, esta pesquisa teve como objeto de estudo a utilização das tecnologias leves no processo de trabalho da APS. **Objetivos:** identificar as principais tecnologias leves utilizadas no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) e analisar a utilização destas tecnologias no processo de trabalho das equipes de saúde que atuam na APS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo e observacional, com abordagem qualitativa. Foi aplicado entrevista semiestruturada individual e realizado observação participante como técnica de produção das informações. A análise dos resultados foi realizada por meio da análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Minayo a luz dos referenciais teóricos de Merhy, Starfield e Denise Pires. **Resultados e discussão:** A partir do corpus documental produzido emergiram três categorias de análise: 1) Trabalho em Saúde e Processo de Trabalho na Atenção Primária; 2) Tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde: dificuldades e possibilidades; e 3) Desafios para utilização das tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde: em tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar. Os resultados apontaram que as tecnologias relacionais são utilizadas de forma incipiente; as principais tecnologias leves utilizadas são a escuta qualificada, o acolhimento, a promoção da autonomia e corresponsabilização, a construção de vínculo e longitudinalidade do cuidado. Também ficou evidente que existem dificuldades quanto a organização dos processos de trabalho, inexistência de fluxo de atendimento nas UBS bem como classificação risco, deficiências no papel da APS na ordenação do cuidado e falta de integração entre as equipes NASF e ESF. **Conclusão:** Os profissionais da APS precisam apostar nas tecnologias leves com mais ênfase, pois, esses arranjos tecnológicos possibilitam a reorganização do modelo de atenção à saúde, superando o modelo hegemônico biomédico ainda tão presente nas práticas assistenciais de saúde.

Descritores: Tecnologia. Atenção Primária à Saúde. Desenvolvimento Tecnológico.

ABSTRACT

Introduction: Light technologies can help health professionals to develop a work process anchored in the principles of the Unified Health System (SUS), as they have their own characteristics in an enlightening perspective of organization and more orderly and qualified direction of health actions for a given population, especially in the field of Primary Health Care – APS. In this context, this research had as its object of study the use of light technologies in the work process of the PHC. **Objectives:** This research aimed to identify the main light technologies used in the work process of Primary Health Care (PHC) and analyze the use of these technologies in the work process of health teams working in PHC. **Methodology:** This is a descriptive and observational study with a qualitative approach. Individual semi-structured interviews were applied and participant observation was carried out as a technique for producing information. The analysis of the results was carried out through content analysis in the thematic modality proposed by Minayo in the light of the theoretical references of Merhy, Starfield and Denise Pires. **Results and discussion:** From the documentary corpus produced three categories of analysis emerged: 1) Work in Health and Work Process in Primary Care; 2) Light Technologies in Primary Health Care: difficulties and possibilities; and 3) Challenges for the use of light technologies in Primary Health Care: in times of interdisciplinarity, work is still multidisciplinary. The results showed that relational technologies are used in an incipient way; the main light technologies used are qualified listening, welcoming, promoting autonomy and co-responsibility, building bonds and longitudinality of care. It was also evident that there are difficulties with the organization of work processes, lack of flow of care in the UBS as well as risk classification, deficiencies in the role of the PHC in ordering care and lack of integration between the NASF and ESF teams. **Conclusion:** PHC professionals need to focus on light technologies with more emphasis, as these technological arrangements enable the reorganization of the health care model, overcoming the hegemonic biomedical model still so present in health care practices.

Descriptors: Technology. Primary Health Care. Technological Development.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1. APRESENTAÇÃO | 10 |
| 1.1 Detalhando a Aproximação com o Objeto de Estudo | 10 |
| 2. INTRODUÇÃO | 12 |
| 3. PERCURSO METODOLÓGICO | 21 |
| 3.1. Tipo de Estudo | 21 |
| 3.2. O cenário do estudo | 21 |
| 3.3. Técnica para produção das informações (coleta de dados) | 23 |
| 3.3.1. Entrevista Semiestruturada | 23 |
| 3.3.2. Observação participante (OP) | 24 |
| 3.4. Os participantes do estudo | 30 |
| 3.5 Procedimentos éticos do estudo | 33 |
| 3.6. Análise do material empírico | 35 |
| 3.7. Referencial teórico | 36 |
| 3.7.1 Apresentação de conceitos à luz dos referenciais teóricos | 37 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 50 |
| 4.1 Trabalho em Saúde e Processo de Trabalho na Atenção Primária..... | 50 |
| 4.2 Tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde: dificuldades e possibilidades | 62 |
| 4.2.1 Acolhimento: é preciso compreender para colocar em prática | 62 |
| 4.2.2 Escuta qualificada e valorização das subjetividades: ferramentas para a integralidade..... | 77 |
| 4.2.3 Promoção da autonomia e corresponsabilização: tecnologias relacionais que qualificam o cuidado em saúde | 86 |
| 4.2.4 A (des)construção do vínculo longitudinal: uma prática inerente ao cuidado em saúde na APS | 90 |
| 4.3 Desafios para utilização das tecnologias leves na APS: em tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar | 94 |
| 5. CONCLUSÃO | 108 |
| REFERÊNCIAS | 111 |
| APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA | 117 |
| APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE | 118 |
| APÊNDICE C – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA | 119 |
| APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 120 |
| ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA | 123 |
| ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA | 124 |

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Detalhando a Aproximação com o Objeto de Estudo

Precedentemente a apresentação do objeto, objetivos e problema do estudo, convém apresentar-lhes a trajetória de aproximação com o campo da saúde coletiva/pública, sobretudo, com a Atenção Primária à Saúde e o uso das Tecnologias em saúde.

Desde o princípio da graduação, na qual o ingresso se deu em 2012, na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, para o Curso de Bacharelado em Enfermagem, meus estudos sempre foram direcionados para o campo da saúde coletiva. Apesar da grade curricular possuir as disciplinas básicas da área da saúde (anatomia, fisiologia, microbiologia, citologia, parasitologia, etc.) e as disciplinas específicas de processo de trabalho em enfermagem, o que instigava o meu olhar era o campo da saúde pública, na disciplina de Ambiente, Saúde e Sociedade, da qual exerci, inclusive, monitoria, despertando o desejo de seguir carreira acadêmica e de pesquisa.

Dessa forma, no primeiro ano de graduação, junto a pessoas que também se identificavam com área da saúde pública, algumas de anos mais avançados na graduação em enfermagem, fisioterapia e medicina, fundamos uma liga chamada Liga Acadêmica de Saúde Pública – LASP. Posteriormente, a partir do aprofundamento dos nossos estudos, acrescentamos a palavra Coletiva, por este ser mais abrangente e englobar inclusive a saúde pública. Desta forma, durante toda a graduação, para além dos estudos sobre as disciplinas básicas, me debrucei nesse campo de conhecimento, inclusive com atuação no Programa de Educação pelo Trabalho – PET/Saúde por três anos consecutivos, firmando a necessidade de uma trajetória acadêmica, e posteriormente profissional, multi e interdisciplinar.

Findada a graduação em 2016, logo optei por me especializar na área da Atenção Primária, o que culminou no ingresso no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNCISAL, financiado pelo Ministério da Saúde (2017-2019). No primeiro ano da residência estive imersa na atuação assistencial propriamente na Atenção Primária e, muito próxima, por consequência, da atuação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, tanto pelos profissionais serem preceptores dos residentes, como pela própria atuação profissional exigida de relação intrínseca entre as equipes de saúde da família e NASF

no contexto do cuidado direto em saúde, e ações de promoção e prevenção, próprio do fazer nesse nível de atenção. Já no segundo ano, estive diretamente ligada à coordenação dos NASFs em Maceió, onde realizamos atividades de apoio institucional de gestão do cuidado para estes profissionais.

Foi nesse percurso de atuação que, enquanto graduanda em enfermagem e logo em seguida como residente em saúde da família, percebi a necessidade emergente de estudar o fenômeno do uso das tecnologias em saúde, sobretudo os arranjos tecnológicos leves, os quais são o motor propulsor do fazer e produzir saúde em qualquer que seja a área de atuação, porém com uma relevância ainda maior no nível da atenção primária, já que esta tem seus princípios firmados na longitudinalidade do cuidado, na coordenação e ordenação do cuidado na rede de atenção à saúde, desempenhando um papel inexoravelmente primordial e que deve pautar-se em ferramentas preciosas, como as tecnologias leves, no seu processo de produção de saúde.

Dessa maneira, ao ingressar no programa de Pós- Graduação (Mestranda em Enfermagem) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, obteve-se um momento propício para continuar a investigação sobre este fenômeno que merece destaque e aproximação, não apenas teórico, mas, sobretudo prático, gerando a necessidade de investigar a utilização das tecnologias leves na atenção primária e todo o aparato que envolve esta realidade, inclusive as que ainda não existem de fato na prática da micropolítica de produção de saúde.

2. INTRODUÇÃO

As tecnologias leves podem auxiliar os profissionais de saúde a desenvolver um processo de trabalho ancorado nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, haja vista, possuírem características próprias numa perspectiva elucidativa de organização e direcionamento mais ordenado e qualificado das ações de saúde para uma determinada população, sobretudo no campo de trabalho da Atenção Primária à Saúde – APS. Nesse contexto, esta pesquisa teve como **objeto de estudo a utilização das tecnologias leves no processo de trabalho da APS.**

O “termo tecnologia em saúde” é definido pela Portaria 2.510/GM, de 19 de dezembro de 2005 do Ministério da Saúde (MS), que instituiu a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema único de Saúde – CPGT, como sendo os medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, os sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte e os programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados em saúde são prestados à população.

Santos, Frota e Martins (2016) ressaltam a etimologia da palavra tecnologia: “teco” deriva de techné, que é o saber fazer, e “logia” que vem de logos, razão, ou seja, significa a razão do saber fazer. Desse modo, a tecnologia compreende conhecimentos técnicos e científicos, bem como a aplicação destes através de sua transformação no uso de ferramentas, processos e instrumentos criados e/ou utilizados. Em geral, os instrumentos, equipamentos, métodos e processos utilizados para a solução de problemas, bem como o método ou processo de construção e trabalho, etc., são exemplos de tecnologia. (SANTOS, FROTA, MARTINS, 2016).

Para Merhy (1999) em seu estudo “o ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde”, existem três tipos de tecnologias: as *tecnologias duras*, que refere-se a equipamentos, normas e rotinas; as *leve-duras*, que são os saberes estruturados nos conhecimentos científicos, como patologia, semiologia, anatomia, dentre outros; e as *tecnologias leves*, estruturas organizacionais, que, por sua vez, estão localizadas no espaço das relações entre os sujeitos, atreladas ao acolhimento, acesso, autonomização, produção de vínculo e subjetividades (MERHY, 1999).

Nesse contexto, retrata-se ainda que as tecnologias duras e leve-duras revelam um trabalho morto, enquanto as tecnologias leves, por ter os profissionais

como protagonistas em seu processo relacional, evidenciam um trabalho vivo e, portanto, dinâmico (BONFADA, 2010; MERHY, 1999).

Segundo Merhy (2002, p.46-47), nas suas dezessete teses sobre a teoria do trabalho em saúde e as tecnologias de produção do cuidado, considera-se que ao tratar do assunto tecnologia é preciso ter como referência a temática do trabalho, sobretudo, no que tange sua ação intencional circunscrita na produção de bens/produtos, que apesar de funcionarem como objetos, não são necessariamente materiais, duros; pois, podem ser bens/produtos simbólicos, já que também possuem valor de uso e satisfazem necessidades.

O ato produtivo, por conseguinte, é demarcado por uma ação intencional que o precede e, no qual, o trabalho em si atua como trabalho vivo em ato, já os instrumentos usados, bem como a organização dos processos, caracteriza-se como o trabalho morto que o circunda. Para Merhy (2002) as máquinas e ferramentas são expressão tecnológicas duras das tecnologias-saberes (leve duras) e não possuem razão de ser por si, já que quem as tornam portadoras de intencionalidade racional-instrumental é, por sua vez, o trabalho vivo em ato através de seu modo tecnológico de agir e como expressão das relações interpessoais que o caracteriza.

Nesse sentido, o trabalho em saúde, permanentemente, deve centrar-se no trabalho vivo e não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expressos nos equipamentos e nos saberes estruturados, pois o sua ação preponderante configura-se em processos de intervenção em ato, operando com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, que ultrapassam saberes estruturados, mas configurando-se em um grau de liberdade significativo na escolha do modo de produção do cuidado (MERHY, 2002).

Outrossim, as tecnologias leves em saúde reverberam-se, como meios possíveis para a qualificação das práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que se configuram como porta de entrada do sistema (OLIVEIRA, SUTO, SILVA, 2016).

Cogita-se, assim, que no trabalho em saúde, a despeito de julgamentos se os arranjos tecnológicos usados na prática do cuidado são bons ou ruins; cabe averiguar quais as razões instrumentais o estão constituindo e dentro de quais intencionalidades e, portanto, quais modelagens de arranjos tecnológicos estão sendo operados no processo de cuidado em saúde (MERHY, 2002).

Conforme a Política Nacional de Gestão de Tecnologia em Saúde, do Ministério da Saúde (2010), depois da Segunda Guerra Mundial, o aumento do desenvolvimento científico e tecnológico possibilitou que o complexo econômico da saúde se constituísse como um dos setores de maior desenvolvimento, pois, a saúde dos indivíduos e das populações passou a ser considerada um direito a ser preservado, contribuindo por um lado para a expansão dos sistemas de saúde e por outro para a medicalização das sociedades.

Desse modo, ao analisarmos com cautela o crescimento permanente dos gastos em saúde, a produção cada vez maior de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico das populações vivenciadas nas duas últimas décadas, o campo da saúde apresenta cada vez mais necessidades diversificadas de atenção, carecendo, tanto no âmbito social como político, desenvolver mecanismos de articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e na utilização de tecnologias em saúde, configurando-se, portanto, em um grande desafio para saúde pública no país (BRASIL, 2010).

Diante do exposto é possível inferir que as diferentes tecnologias tomam forma à medida que os humanos interagem entre si, surgindo o trabalho vivo, ou seja, a tecnologia leve integra-se às tecnologias leve-dura e dura, como instrumentos, normas e máquinas, formando assim um processo de trabalho no qual interagem diversos tipos de tecnologias, revelando o aparato provocador de mudança (MOURA, 2014).

Mielke e Olschowsky (2011) afirmam que as tecnologias leves são como um arranjo de propostas terapêuticas articuladas que não apenas valorizam os aspectos biomédicos, mas, sobretudo, a formação de vínculos, a participação de diversos atores e diferentes setores da comunidade, que devem atuar em parceria na busca de uma atenção integral. Assim, todos os tipos de tecnologias em saúde estão essencialmente vinculados, mas o que materializa um processo vivo e transformador da realidade são as tecnologias leves (MIELKE, OLSCHOWSKY, 2011).

É importante salientar que a saúde no Brasil é um direito de cidadania, desde que a promulgação da carta magna do país (Constituição Federal de 1988) a coloca como “direito de todos e dever do estado” (BRASIL, 1988). Apesar de um arcabouço legal consistente, a partir da criação do SUS em 1988 e posteriormente das suas leis orgânicas, Lei nº 8.080/90 e Lei 8.142/90, este sistema, fruto de tantas reivindicações sociais, ainda sofre com inúmeros desafios, que precisam ser enfrentados e

superados (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a/b; MENDES, 2011). Neste contexto, as tecnologias leves devem ser vistas em primeiro plano, já que se trata de um tipo de tecnologia capaz de provocar mudanças em todo o sistema.

O SUS é organizado em redes de atenção à saúde, com níveis crescentes que se articulam de forma a garantir uma atenção integral e resolutiva, capazes de atender às necessidades efetivas da população, e mantendo uma organização em seu funcionamento e operacionalização (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a/b). Nesse âmbito, a APS é considerada a porta de entrada preferencial do SUS, configurando-se no contato inicial dos usuários com o sistema, guiando-se através dos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade, equidade, responsabilização, humanização, coordenação do cuidado e participação social, onde o trabalho em saúde deve se dá de forma interdisciplinar e em equipe, com práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas (BRASIL, 2017).

Desse modo, a APS é um campo onde as tecnologias leves possuem um papel de destaque nos processos de trabalho, haja vista que a lógica de trabalho deve ser pautada primordialmente em ações de promoção e prevenção em saúde, sem prejuízos para ações de tratamento, cura e reabilitação, conforme a Política de Atenção Básica vigente.

Através da implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na atenção primária, a qual é considerada a principal coordenadora e ordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde, buscou-se a adoção de uma nova compreensão dos determinantes de saúde e doença bem como um entendimento mais amplo do que é saúde, contudo, ainda subsiste o modelo hegemônico biomédico, acarretando a fragmentação do cuidado em saúde (SILVA, SILVA e BOUSSO, 2011; SORRATTO et al, 2015).

Em 1977, ocorreu a Assembleia Mundial de Saúde, organizada pela OMS, objetivando discutir os cuidados primários de saúde, apontando a necessidade de que os países garantissem aos seus cidadãos uma condição de saúde que lhes permitisse gozar de uma vida social e economicamente produtiva. Assim, da assembleia decorreu que a APS ficou mundialmente conhecida e, reverberou, no ano seguinte (1978) na publicação pela OMS, da declaração de Alma-Ata (OMS, 1978). Esta declaração concerniu em um pacto assinado pelos 134 países, onde, apresentado por Starfield (1996, p.30), a APS é concebida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978; STARFIELD, 1978).

Destaca-se que a partir da Conferência de Alma-Ata foram elencados alguns fundamentos e componentes essenciais para o processo de estruturação e organização da APS, baseado nas demandas da população. Segundo Starfield (2002, P.31), são eles: Educação em saúde; Saneamento ambiental; Prevenção de doenças endêmicas locais; Tratamento adequado de doenças e lesões comuns; Fornecimento de medicamentos essenciais, Promoção de boa nutrição e Medicina tradicionais.

Starfield (2002, p.19-20), em seu livro intitulado “*Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*”, apresenta o conjunto de princípios e parâmetros definidos pela OMS em documento conhecido como Carta de Lubliana de 1996, para construir a base sólida da APS dos serviços de saúde, conforme se segue:

Conhecida como a Carta de Lubliana, ela propõe que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser: a) dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; b) direcionados para a proteção e promoção da saúde; c) centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; d) focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; e) baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo e, f) direcionados para a Atenção Primária.

Em seus estudos, Starfield (2002) caracteriza a APS como um processo de cuidar contextualizado no território onde vive as pessoas e, onde coexistem múltiplos determinantes e condicionantes, sendo, portanto, singular e dirige-se a indivíduos que, geralmente, possuem várias queixas, com distintos diagnósticos os quais na maioria das vezes não podem ser identificados em diagnósticos especializados, fragmentados, mas sim, carecem de uma abordagem generalista, ampliada e conectada com a realidade de vida dessa pessoa, família e comunidade.

Starfield (2002) aponta que em quase todos os países observa-se que a profissão da área da saúde torna-se cada vez mais fragmentada, estreitando-se a interesses esfacelados e individuais, onde persistem o enfoque na excessiva

especialização e, sobre determinadas doenças, ao invés de pautarem-se na saúde geral das pessoas e comunidades.

Para a autora, a atenção especializada geralmente exige mais recursos do que a APS, pelo fato de enfatizar o desenvolvimento e uso de tecnologias caras para manter a pessoa enferma em vez de canalizar esforços para plena realização dos programas de promoção e prevenção. Logo, a especialização, embora ofereça uma assistência altamente eficaz a doenças individuais, é ineficiente para a produção da atenção primária (STARFIELD, 2002).

Destarte, o cuidado em saúde na APS ultrapassa questões meramente individuais, mas, sim, expande-se para o coletivo, no que tange as condições de vida, trabalho e ambiente, isto é, todos os fatores determinantes e condicionantes envolvidos no *continuum* saúde-adoecimento. Assim, engloba a responsabilidade dos profissionais para a melhoria da qualidade de vida de seus pacientes. Nessa perspectiva, as ações assistenciais devem ocorrer de maneira sistemática e intersetorialmente, envolvendo a rede de serviços de saúde e outros serviços e órgãos existentes no território (STARFIELD, 2002).

Assim, [a APS] é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidades pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação, e trabalho em equipe. [...] é a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p.28).

Cabe mencionar, ainda, que a atual crise vivenciada pelo mundo, decorrente da pandemia da COVID-19 nos impõe algumas reflexões acerca do cuidado em saúde, que já existiam nos processos assistenciais, e que diz respeito ao trabalho em equipe, aos modos fragmentados de cuidado em saúde, a necessidade de construção de vínculo, empatia, corresponsabilização, acolhimento, escuta qualificada, ambiência, entre outros arranjos tecnológicos relacionais. Pois, estes aspectos são indispensáveis no cuidado em saúde e precisam ser considerados quando pensamos e optamos por buscar uma atenção à saúde adequada e resolutiva para todos os usuários dos serviços de saúde, sobretudo, no contexto presente da pandemia do SARS-CoV-2, que por diversos fatores podem estar suprimidos e/ou sonogados nas relações humanas (SANTOS et al, 2021).

Ademais, Malta e Merhy (2010), apontam que o atual contexto de transição epidemiológica e demográfica, onde observa-se a predominância das doenças

crônicas não transmissíveis (DCNT) e o aumento da população de idosos, requer a necessidade de agregação de novas tecnologias em saúde que sejam capazes de rever o modelo de assistência praticado, priorizando os atos cuidadores com vislumbre para a ampliação da clínica e a autonomia dos sujeitos (MALTA, MERHY, 2010).

É neste cenário de crise entre modelos de atenção à saúde que o SUS tenta se consolidar. Atualmente, oferta serviços que possuem tecnologias que tentam garantir um processo estruturado e organizado (BONFADA et al, 2010). E, como exposto anteriormente, para a maioria dos autores existem três tipos principais de arranjos tecnológicos (dura, leve-duras e leves), onde cada uma possui relevância na atenção à saúde, sendo, pois, indispensáveis na produção do cuidado. Logo, a maneira como os atores envolvidos na produção do cuidado nos serviços de saúde se apropria desses recursos reverbera o alcance de todo potencial de cada um.

Assim, embora a APS tenha se tornado cada vez mais reconhecida como cruciais na reorganização do sistema de saúde e, também, existirem esforços conjuntos no desenvolvimento de pesquisas relevantes quanto ao tema, ela ainda sofre com a falta de apreciação de suas características e contribuições essenciais para o cuidado em saúde, bem como, suas funções encontram-se ameaçadas de serem banalizadas.

A atenção primária é complexa e possui um grau de capilaridade substancial, portanto, uma APS forte é essencial para um sistema de saúde forte (STARFIELD, 2002, p.12). Logo, A APS e o uso adequado das tecnologias leves nesse nível de atenção, se apresentam como uma proposta para a organização das práticas de cuidado nos territórios, viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS.

Conquanto, como já fora apontado, quando os atos em saúde se respaldam, única e exclusivamente, em tecnologias duras e leve-duras tem-se um trabalho mecanicista, reducionista e fragmentado, transformando o usuário em um mero objeto de intervenções diagnósticas e terapêuticas (BONFADA et al, 2010). Assim, os serviços de saúde, sobretudo as unidades básicas de saúde, necessitam reconhecer o uso das tecnologias leves como ferramentas de mudança da lógica de trabalho, e utilizá-las como forma de vencer alguns desafios que se pronunciam e que impossibilita uma atenção equânime, integral e universal.

Assim, para uma adequada compreensão dos modelos tecnológicos assistenciais em saúde deve-se exprimir e analisar profundamente a dinâmica do

processo de captura do trabalho vivo pelo morto, e/ou vice versa, no interior do micro processo de trabalho em saúde, a fim de analisar cuidadosamente as configurações tecnológicas de processos assistenciais e seus modos de produzir o cuidado (MERHY, 2002, p.50).

Diante do exposto, esta pesquisa propõe as seguintes questões norteadoras: Como são utilizadas as tecnologias leves no processo de trabalho na APS? Quais os desafios da utilização das tecnologias leves no processo de cuidado na APS?

Toma-se como pressuposto que a APS possui um papel crucial de reorientação das redes de atenção para garantia do acesso universal, equânime e integral aos serviços de saúde, porém ainda enfrenta inúmeros desafios, sobretudo no que tange a utilização das tecnologias leves em saúde, pois o processo de trabalho continua sendo permeado por práticas biologicistas do cuidado.

Dessa forma, a pesquisa tem como objetivos: **Identificar as principais tecnologias leves utilizadas no processo de trabalho da APS e analisar a utilização das tecnologias leves no processo de trabalho das equipes de saúde que atuam na APS.**

Quanto à importância da pesquisa, cabe mencionar que em 2018 o Departamento de Ciência e Tecnologia em cooperação com a Organização Panamericana da Saúde, lançou a nova Agenda de Prioridade de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS, a qual apresenta quatorze eixos temáticos principais, dos quais o eixo quatro trata da importância de realização de pesquisas no campo do desenvolvimento de tecnologias e inovação em saúde, e um de seus subitens destaca a necessidade de estudos sobre o mapeamento e desenvolvimento de modelos de gestão de tecnologias em saúde para estabelecimento do modelo assistencial em saúde (BRASIL, 2018).

Esta mesma agenda, em seu eixo temático nove (Programas e Políticas de Saúde), aponta também como prioridade a realização de estudos sobre avaliação de tecnologias em saúde na atenção básica, demonstrando mais uma vez a importância do desenvolvimento da presente pesquisa.

Já a relevância consiste em acrescentar a literatura já existente conhecimentos sobre a utilização das tecnologias leves, com ênfase na aplicação prática desses arranjos tecnológicos, haja vista que o estudo se debruçou em averiguar a utilização do uso das mesmas no campo de processo de trabalho dos serviços de atenção

primária à saúde, os quais têm como alicerce as ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Diante de todo o exposto, fica evidente a necessidade de realização desse estudo, considerando-se que seus resultados impactam diretamente na reflexão sobre a necessidade de transformação das práticas de cuidado em saúde no contexto dos serviços de atenção primária à saúde, mas também, servem de base para aplicação dos seus resultados em outros níveis de atenção, além de contribuir para despertar interesse na realização de outros estudos envolvendo as tecnologias em saúde.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e observacional, com abordagem qualitativa. Tendo como objeto de pesquisa a utilização das tecnologias leves na APS, acredita-se que este delineamento de estudo possui as ferramentas necessárias para a compreensão das significações desse fenômeno por parte dos profissionais vinculados às equipes de APS.

A pesquisa com abordagem qualitativa tem como foco a compreensão da lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a seus valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos. Além das relações existentes entre os indivíduos, instituições e movimentos sociais, tem como pilar a análise dos fenômenos sociais, bem como dos processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2014).

3.2. O cenário do estudo

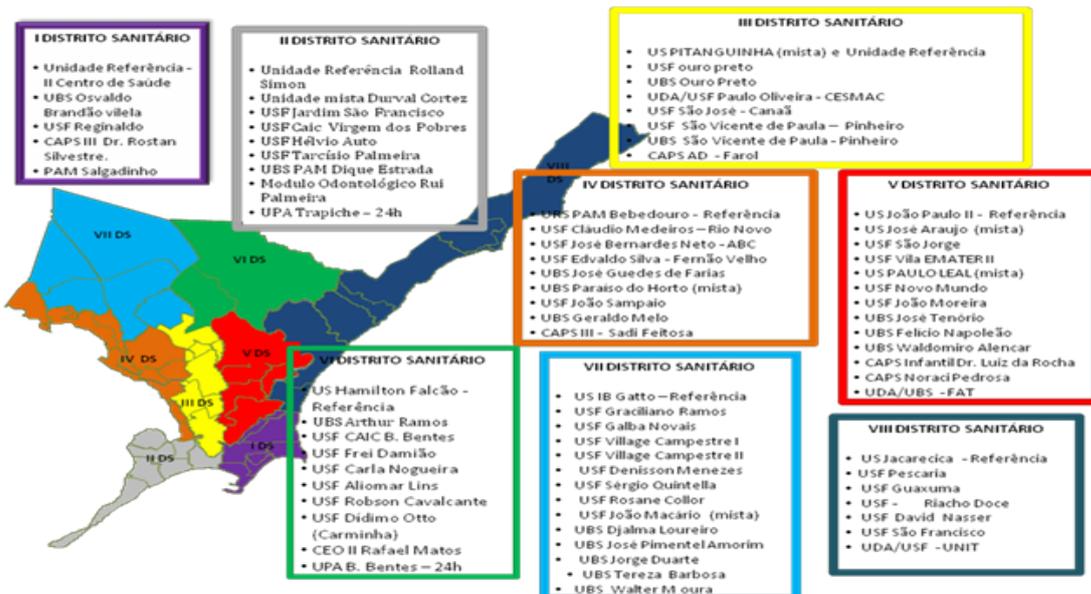
O cenário do estudo consistiu nos serviços de APS do município de Maceió, capital do estado de Alagoas, mais precisamente aqueles contemplados com as Equipes de Saúde da Família (ESFs) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASFs), isto porque ambos estão diretamente relacionados em um plano horizontal na realização do cuidado em saúde a comunidade adscrita de uma determinada área, e, portanto, utilizam as tecnologias leves em seu processo de trabalho

Atualmente o município de Maceió está geograficamente dividido em 8 distritos sanitários, e de acordo com o sistema de informação da atenção básica (e-Gestor/SISAB), em outubro de 2020, o município contava com 75 equipes de Saúde da Família e 79 equipes na Atenção Básica Tradicional. A estimativa da população coberta pela Atenção Básica (AB) era de 496.980 pessoas, sendo a estimativa de cobertura da população pelas Equipes de Saúde da Família de 258.750 pessoas. Cabe ressaltar que as equipes de ESF estão distribuídas em um total de 68 UBS. Além disso, o município conta ainda com 10 equipes de Núcleos Ampliados de Saúde da Família - NASFs e 6 equipes de Consultório da Rua – CnR. Desse modo, apresenta uma cobertura populacional de atenção básica de cerca de 48,77%, e cobertura populacional de ESF de aproximadamente 25,39%.

Ainda nesse contexto, o município de Maceió, em outubro de 2020, contava com 38 equipes de Saúde Bucal vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família e 44 equipes de saúde bucal vinculadas as equipes de Atenção Básica Tradicional. Sendo a estimativa da população coberta pelas equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica (AB SB) de 264.600 pessoas. Desse total, a estimativa de cobertura da população por equipes de Saúde Bucal vinculadas às Equipes de Saúde da Família (ESFSB) consistia em 131.100 pessoas.

As equipes de saúde bucal podem complementar a formação da equipe mínima da atenção primária, que *a priori* são compostas de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) tendo no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (PNAB, 2017). A **Figura 1** apresenta a distribuição das UBS por distrito sanitário do município de Maceió -AL:

Figura 1 – Mapa com a rede de serviços, segundo Distritos Sanitários. Maceió/AL.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/AL, 2020

3.3. Técnica para produção das informações (coleta de dados)

Em consonância com a abordagem qualitativa utilizou-se duas técnicas para produção das informações, à saber: Entrevista Semiestruturada e Observação participante. A seguir explica-se cada uma dessas técnicas aplicadas durante o estudo.

3.3.1. Entrevista Semiestruturada

A técnica de coleta de dados com entrevista é considerada uma conversa com determinada finalidade, uma forma privilegiada de interação social, estando sujeita à mesma dinâmica das interações das relações existentes na própria sociedade e, portanto, em um determinado segmento da sociedade, como é caso dos os profissionais da saúde, demonstrando, assim, as diversas facetas existentes nas relações humanas, sejam a “luz” ou a “sombra” da realidade a qual se inserem. Desse modo, a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2007).

As entrevistas semiestruturadas realizadas neste estudo foram guiadas por um roteiro de perguntas conforme instrumento submetido no projeto original (**APÊNDICE A**), cujo período de coleta ocorreu de setembro de 2020 a fevereiro de 2021, de forma *on line* (10 entrevistas), a partir da utilização da ferramenta *Google Meet* e, também, presenciais (18 entrevistas), sendo respeitadas todas as medidas de segurança, quais sejam: utilização de máscaras pelo entrevistado e entrevistador, manutenção de uma distância mínima de 1,5 m entre ambos, utilização de álcool em gel no equipamento de gravação da entrevista e realização da mesma em ambiente aberto, em decorrência do contexto vivenciado pela pandemia do novo coronavírus, causador da doença conhecida como COVID-19.

Cabe mencionar que antes da realização da entrevista semiestruturada os participantes aceitaram participar do estudo e realizaram a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (T.C.L.E) (**ANEXO C**). Outrossim, essa técnica de estudo forneceu um caminho peculiar de fonte de informação primárias, e possibilitou uma compreensão acerca do fenômeno a ser pesquisado.

3.3.2. Observação participante (OP)

A observação teve como objetivo captar aquilo que não foi dito, a partir de um olhar atento e persistente. Seu principal instrumento consistiu em diário de campo, que se configurou como um registro de todas as informações que não faziam parte do material formal das entrevistas. Assim, a OP auxiliou a análise dos fatos e suas representações, desnudando as contradições entre as regras e a rotina diária vivida pelos grupos participantes (MINAYO, 2007) no processo de trabalho da APS quanto ao uso das tecnologias leves em saúde.

Partindo do pressuposto que investigações no campo da saúde são entrelaçadas por inúmeros fatores, como questões subjetivas, demandas, comportamentos e interações sociais entre os diversos atores envolvidos nos processos de saúde adoecimento, destaca-se que tanto a metodologia qualitativa e, sobretudo, técnicas como a OP, que visam apurar com um olhar atento todas as nuances que envolvem um determinado fenômeno, foram métodos fundamentais para o entendimento de toda complexidade existente no presente estudo.

Desse modo, para compreensão de um determinado fenômeno faz-se necessário a participação direta e a observação do objeto de interesse, e essa técnica, que foi realizada de maneira sistematizada com a utilização de um guia (roteiro diário de campo) (**APÊNDICE B**) baseados nos objetivos da pesquisa, constitui-se num método excelente de interação entre o pesquisador e o meio, possibilitando uma visão detalhada da realidade, onde se obtém informações exatamente durante a ocorrência espontânea do fenômeno (QUEIROZ et al., 2007; SOUZA, KANTORSKI, LUIS, 2011).

Assim, a OP surge como uma abordagem quando se quer analisar uma dinâmica de um grupo em seu meio natural e, portanto, complementar a técnica de entrevistas. A presente pesquisa não visou simplesmente a recolha de respostas individuais às questões pertinentes ao objeto em investigação, mas, sim, na compreensão máxima possível que as duas técnicas (entrevista semi-estruturada e observação participação) juntas possibilitaram. Segundo Queiroz et al (2007, p.277), é “mediante o ato intelectual de observar o fenômeno estudado que se concebe uma noção real do ser ou ambiente natural, como fonte direta dos dados”, e diz ainda que “a observação torna-se uma técnica científica a partir do momento em que passa por sistematização, planejamento e controle da objetividade”.

Foram realizadas 56 horas de observação participante, distribuídas em 6

semanas de permanência no trabalho de campo. O roteiro das observações contemplou estrutura física, funcionamento, dinâmica e relações dos serviços, interdisciplinaridade, funcionamento e oferta de atendimentos individuais e coletivos, planejamento de equipe, organização do processo de trabalho, acolhimento dos usuários, grupos e salas de espera, visitas domiciliares compartilhadas, escuta qualificada e empatia, valorização da subjetividade dos usuários, corresponsabilização, integração das ações entre NASF e ESFs, entre outros aspectos.

Após a realização de cada OP, as anotações feitas pela pesquisadora no diário de campo auxiliaram na posterior análise dos dados integrando-se aos achados das entrevistas semiestruturadas. Buscou-se contemplar o maior número possível de situações na realização da OP, tentando não interferir na dinâmica espontânea do processo de trabalho na APS, mesmo com a participação ativa da pesquisadora em algumas das situações observadas.

As anotações feitas nos diários de campo consistem na descrição escrita de todas as manifestações que o observador percebeu nos atores – verbais, ações, atitudes, etc., e ainda, as reflexões que surgiram durante as observações dos fenômenos, inclusive as interfaces com o aporte teórico e/ou metodológico que embasaram o estudo das tecnologias leves em saúde, sendo as descrições exatas requisitos importantes quando tratamos de pesquisas qualitativas.

Ainda nesse contexto, a análise e ordenação dos dados das observações participantes, foram inicialmente codificados (OP1, OP2, OP3, etc) facilitando sua localização posterior, conforme proposto por alguns autores (MINAYO; DESLANDES, 1998; QUEIROZ et al., 2007; SOUZA, KANTORSKI, LUIS, 2011; MÓNICO, 2017). Além disso, os diários de campo foram submetidos posteriormente a leitura exaustiva ao passo que eram sublinhadas e mapeadas as informações correspondentes aos fatores observados, isto é, as nuances envolvendo a utilização das tecnologias leves no contexto da APS.

A OP também possibilitou averiguar as possíveis lacunas deixadas pelas entrevistas semi-estruturadas, no que tange as compreensões práticas do fenômeno estudado, além de possibilitar a evidência das práticas e subjetividades dos diversos atores, e suas relações com familiares e usuários do serviço, componente central do fenômeno em estudo.

A seguir, apresenta-se a caracterização das unidades de saúde onde foram realizadas a OP:

Quadro 1 - Caracterização das UBS e Equipes onde foi realizada Observação Participante, Maceió, 2021.

| Observação Participante (OP) | Unidade de Saúde (UBS) | Distrito Sanitário (DS) | Equipe de ESF + Demanda | CH |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|---|-----------|
| OP1 | Unidade da Saúde da Família CAIC Benedito Bentes (Dr. José Maria de Melo) | VI | 02 equipes de ESF; 01 NASF 4 e 01 ESB. | 12h |
| OP2 | UDA UFAL (Professor Gilberto de Macedo) | VII | 02 equipes de ESF; 01 NASF 2 | 08h |
| | USF Jorge Duarte* | VII | Demanda Espontânea | |
| OP3 | USF Sergio Quintela | VII | 02 ESF; 01 Equipe Demanda Espontânea e 01 NASF 2 | 04h |
| | USF Galba Novaes** | VII | 03 ESF e 01 NASF 2 | |
| OP4 | USF Village Campestre I | VII | 01 ESF; 01 ESB e 01 NASF 1 | 04h |
| OP5 | USF Jose Araujo Silva NASF 10 | V | 03 ESF, 01 equipe de Demanda Espontânea; 02 ESB, 01 ECnR e 01 NASF 10 | 05h |
| OP6 | USF José M. de Vasconcelos Neto (São Jorge) NASF 8 | V | 02 ESF; 01 Enf. Demanda Espontânea, 01 ESB e 01 NASF 8 | 04h |
| OP7 | UDA UNIT Jose Lajes Filho NASF 6 | VIII | 01 ESF e 01 NASF 6 | 04h |
| OP8 | UDA CESMAC USF Paulo Oliveira Costa NASF 7 | III | 01 ESF; 01 ESB e 01 NASF 7 | 04h |

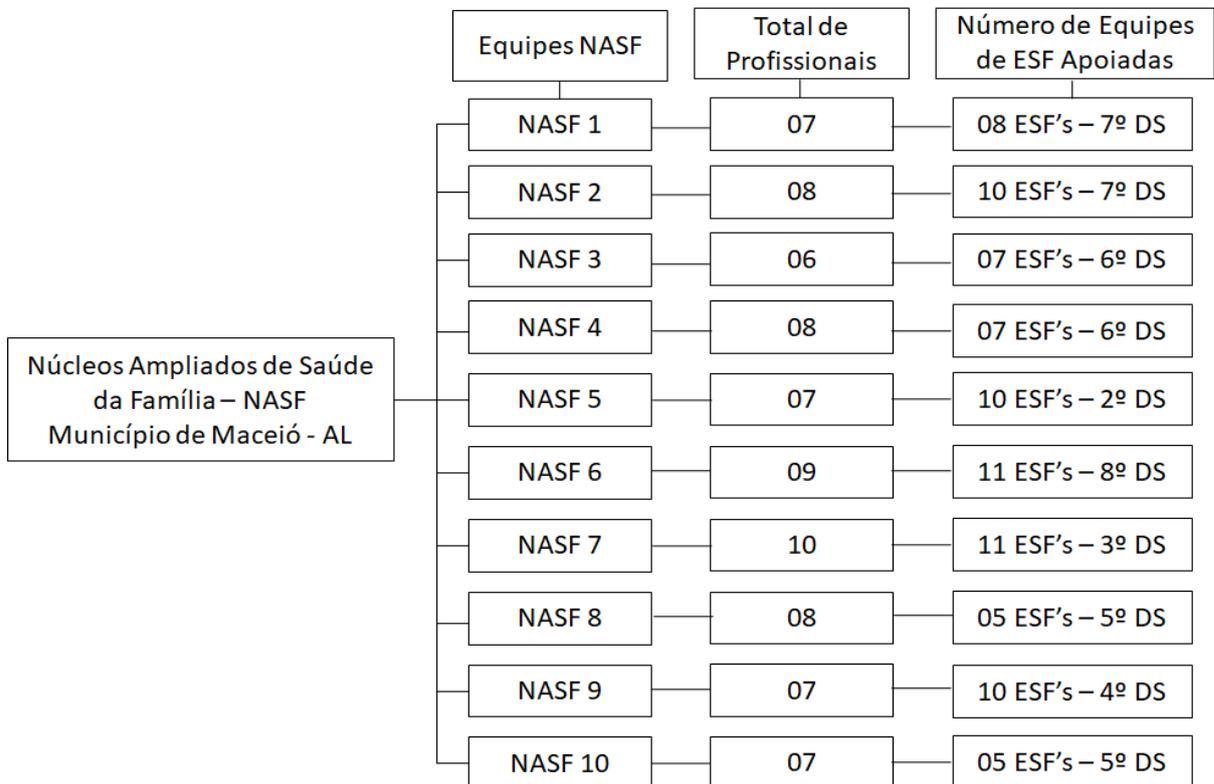
| | | | | |
|------|---|----|--|-----|
| OP9 | USF Durval Cortez NASF 5 | II | 02 ESF; 01 Equipe Demanda Espontânea; 01 ECnR e 1 NASF 5 | 04h |
| OP10 | USF Edvaldo Silva (Fernão Velho) NASF 9 | IV | 03 ESF; 01 ESB e 01 NASF 9 | 04h |

*Compartilhando a mesma estrutura física da UDA UFAL, devido a pandemia.

**Compartilhando a mesma estrutura física da USF Sérgio Quintela, devido a pandemia.

Já a figura 2 apresenta um organograma das ESFs apoiadas pelas Equipes NASFs.

Figura 2 – Caracterização das Equipes NASFs e Equipes de ESFs Apoiadas, Maceió, 2021.



Conforme observado no **quadro 1** e na **figura 2**, as unidades básicas de saúde e as equipes de saúde do estudo, consistiram em dez equipes NASFs e as unidades de referência principal de ESFs a qual estavam vinculadas, isto é, mesmo as equipes NASF apoiando em torno de 5 (cinco) a 9 (nove) equipes de ESFs, a coleta de dados ocorreu apenas nas unidades de saúde de referência, sendo, portanto um critério de elegibilidade durante a coleta de dados, haja vista a impossibilidade de realizar coleta em todas as unidades de saúde de Maceió.

Assim sendo, foi possível averiguar durante a OP características gerais e específicas em cada unidade de saúde, bem como das equipes NASFs, as quais detalharemos a seguir.

Quanto às características gerais apresentadas pelas Unidades de Saúde podemos citar:

- Abordagem inicial dos usuários era realizada no registro/recepção da unidade;
- Na maioria das UBS não existia mapa de situação de saúde disponível para profissionais e usuários na sala de espera;
- Na maioria das UBS não existia classificação de risco dos usuários, apenas uma sala para triagem onde são verificadas medidas antropométricas (peso, altura), aferição de PA e glicemia. Algumas unidades usam a preferência de idosos, gestantes e pessoas com quadro clínico de urgência, contudo a maioria dos atendimentos era feita por ordem de chegada e distribuição de fichas;
- A maioria das UBS também não apresentava a agenda dos profissionais na sala de espera, e algumas apenas apresentavam uma lista dos serviços ofertados na unidade;
- A maioria das equipes realizava atendimento por agenda programática, contemplando também a demanda espontânea;
- As marcações de exames na rede de atenção sempre são realizadas pelo CORA, isto é, a central de regulação disponível no município de Maceió para acesso a serviços de média e alta complexidade, porém, existem muitas queixas quanto a demora na marcação e realização dos exames e procedimentos pelos usuários e profissionais;
- As UBS não apresentam um fluxo de atendimento interno nem fluxo para matriciamento nas redes de atenção definidas para população, isto é, não estavam presentes na recepção/sala de espera para informação de todos;
- Muitas mudanças ocorreram durante a pandemia, sobretudo a dificuldade de prosseguimento às atividades coletivas, bem como das visitas compartilhadas;
- A maioria dos profissionais das ESF e NASF ainda reproduzem o modelo biomédico hegemônico.
- Não foi possível identificar as linhas de cuidado utilizadas pelos profissionais para matriciamento dos pacientes, com destaque para as dificuldades nos procedimentos de referência e contra-referência nas unidades observadas.

No que se refere a algumas características específicas de cada unidade de saúde e dos NASFs, observou-se que:

- USF CAIC – localizada no Benedito Bentes, comporta 2 equipes de ESF, 1 NASF e 1 ESB. Todos os profissionais estão ativos. Com a atual reformulação da PNAB tem a adscrição de 4000 pessoas em seu território de abrangência.
- UDA UFAL – é composta por 2 equipes de ESF, apoiada pelo NASF 2. Por conta da pandemia o prédio da UDA está sendo compartilhado com as equipes da USF Jorge Duarte, haja vista que a mesma se tornou uma unidade de referência para síndromes gripais.
- Equipe NASF 2 – apoia 4 unidades de saúde que são: USF Galba Novaes (3 ESF); USF Village Campestre II (2 ESF); USF Sérgio Quintela (2 ESF) e UFA Rosane Collor (2 ESF). A Equipe NASF não estava na unidade, dessa forma esta observação foi realizada apenas com os profissionais da equipe mínima da atenção primária, os mesmos se encontravam em uma ação com as gestantes na unidade Galba Novaes que acontece todas às terças-feiras.
- USF Sérgio Quintela - compõe-se de 2 equipes de ESF e 1 equipe de demanda espontânea. Possui uma equipe NASF que realiza apoio matricial na mesma. A USF Sérgio Quintela está compartilhando espaço físico com as equipes de saúde advindas da unidade de Saúde Galba Novaes. A USF Galba Novaes é composta por 3 equipes de ESF.
- USF José Araújo Silva – localizada no V DS, no bairro do Jacintinho, comporta 03 equipes de ESF, 01 Equipe de Demanda Espontânea, 01 NASF, 01 ECnR e 02 ESB. Alguns profissionais estão inativos, isto é, afastados pelo decreto municipal por conta da pandemia do SARS-Cov-2.
- USF José M. de Vasconcelos Neto (São Jorge) – localizada no V DS, no bairro do São Jorge, compõe-se de 02 equipes de ESF, 01 NASF e 01 ESB. A unidade também conta com uma enfermeira para atendimento de demanda espontânea.
- Equipe NASF 10 – realiza apoio matricial nas seguintes unidades de saúde: USF José M. de Vasconcelos Neto (São Jorge) (2 ESF), USF Novo Mundo (2 ESF) e USF Paulo Leal (2 ESF).
- UDA UNIT – é composta por 1 Equipe de Estratégias de Saúde da Família (ESF), apoiada por 1 Equipe de NASF.

- Equipe NASF 6 – apoia 4 unidades de saúde, quais sejam: USF Reginaldo (2 ESF); USF UDA UNIT José Lajes Filho (1 ESF); USF Guaxuma (1 ESF); USF Pescaria (1 ESF) e USF Vanderli Maria de Andrade (Riacho Doce) (2 ESF).
- UDA CESMAC – é composta por 1 equipe de ESF e 1 equipe de Saúde Bucal (ESB), sendo apoiada por 1 Equipe de NASF. A Equipe de NASF 7 apoia as seguintes 4 unidades de saúde: USF Vale da Pitanguinha e URS Pitanguinha (2 ESF); USF São José Canaã (3 ESF); USF São Vicente de Paula (Pinheiro) (3 ESF); Ouro Preto (2 ESF) e UDA Paulo Oliveira Costa Pitangui nhá (1 ESF).
- USF DURVAL CORTEZ – é composta por 2 Equipes de ESF, apoiada por uma equipe NASF, e 1 Equipe de Consultório na Rua - CnR. A Equipe NASF 5 apoia 4 unidades de saúde, quais sejam: USF Durval Cortez (2 ESF); USF Virgem dos Pobres/ CAIC (3 ESF); USF Tarcísio Palmeira/Pontal (2 ESF) e USF São Francisco (2 ESF).
- USF EDVALDO E SILVA (Fernão Velho) – é composta por 3 Equipes ESF, 1 Equipe de Saúde Bucal e 1 Equipe NASF. A Equipe de NASF 9 apoia 4 unidades de saúde que são: USF João Sampaio (2 ESF); USF Edvaldo Silva (3 ESF); USF Cláudio Medeiros (3 ESF) e USF José Bernardes Neto (1 ESF).

Cabe mencionar que durante a realização da OP em várias UBS a Equipe NASF não se encontrava na unidade, dessa forma a observação foi realizada apenas com os profissionais da equipe mínima da atenção primária. Em uma das UBS visitadas, ao questionar a enfermeira pela equipe NASF, a mesma referiu que “são uma equipe à parte”.

3.4. Os participantes do estudo

Os participantes do estudo consistiram em 28 profissionais que atuam nas ESFs e nos NASFs. Assim as categorias profissionais que participaram do estudo foram as seguintes: (4) enfermeiros, (2) técnicos/auxiliares de enfermagem, (4) agentes comunitários de saúde (ACS), (1) cirurgião dentista, (3) terapeutas ocupacionais, (5) fisioterapeutas, (3) nutricionistas, (2) assistentes sociais, (2) profissionais de educação de física e (2) psicólogos.

Destaca-se que houveram profissionais que não puderam participar por estarem de férias e/ou afastados em conformidade com o decreto estadual relativo a

pandemia do SARS-Cov-2, o qual permite o afastamento para pessoas portadoras de comorbidades. Ainda houveram profissionais que não quiseram participar do estudo.

Uma informação relevante é que o projeto de pesquisa desse estudo necessitou tramitar duas vezes pelo comitê de ética em pesquisa para sua aprovação. Isto porque, o projeto original (primeiro projeto submetido) previa a efetivação de Grupos de Discussão como uma das técnicas de coleta, o que certamente contemplaria um número maior de participantes. Todavia, com a pandemia da COVID-19 e suas implicações acerca do distanciamento social, não foi possível realizar os grupos de discussão a fim de evitar aglomeração e possíveis contágios com o vírus. Dessa forma, visando a proteção dos participantes, optou-se por submeter uma revisão do projeto original (segundo projeto submetido) substituindo os grupos de discussão pelas entrevistas individuais. Tal fato explica um grupo tão heterogêneo de participantes que serão apresentados no **Quadro 2**, bem como uma baixa adesão de profissionais que compõe a ESFs.

Quanto aos profissionais do NASF foi disponibilizado pela coordenação da secretaria municipal uma lista com números de telefone de todos, os quais foram contactados, facilitando a realização da coleta dos dados, assim, aqueles que não participaram foi devido a escolha livre e esclarecida de não ceder a entrevista ou pelos motivos já elencados acima.

Segue um quadro demonstrativo das pessoas entrevistadas neste estudo, bem como uma tabela de caracterização.

Quadro 2 - Caracterização dos entrevistados, Maceió - AL, 2021.

| nº Entrevista | Profissão | Sexo | Tipo de Vínculo |
|---------------|-----------------------------------|----------|-----------------|
| E1 | Assistente Social | Feminino | Precarizado |
| E2 | Terapeuta Ocupacional | Feminino | Precarizado |
| E3 | Nutricionista | Feminino | Precarizado |
| E4 | Fisioterapeuta | Feminino | Precarizado |
| E5 | Agente Comunitária de Saúde (ACS) | Feminino | Concursado |
| E6 | Terapeuta Ocupacional | Feminino | Concursado |
| E7 | Terapeuta Ocupacional | Feminino | Precarizado |
| E8 | Enfermeira | Feminino | Concursado |

| | | | |
|------------|-----------------------------------|-----------|-------------|
| E9 | Agente Comunitária de Saúde (ACS) | Masculino | Concursado |
| E10 | Fisioterapeuta | Feminino | Precarizado |
| E11 | Assistente Social | Feminino | Concursado |
| E12 | Fisioterapeuta | Feminino | Concursado |
| E13 | Nutricionista | Feminino | Concursado |
| E14 | Psicóloga | Feminino | Concursado |
| E15 | Profissional de Educação Física | Feminino | Precarizado |
| E16 | Fisioterapeuta | Feminino | Precarizado |
| E17 | Nutricionista | Feminino | Concursado |
| E18 | Profissional de Educação Física | Masculino | Concursado |
| E19 | Psicóloga | Feminino | Precarizado |
| E20 | Fisioterapeuta | Masculino | Precarizado |
| E21 | Aux. de Enfermagem | Feminino | Concursado |
| E22 | Cirurgião Dentista | Masculino | Concursado |
| E23 | Enfermeira | Feminino | Concursado |
| E24 | Agente Comunitária de Saúde (ACS) | Feminino | Concursado |
| E25 | Agente Comunitária de Saúde (ACS) | Feminino | Concursado |
| E26 | Enfermeira | Feminino | Concursado |
| E27 | Aux. de Enfermagem | Feminino | Concursado |
| E28 | Enfermeira | Feminino | Concursado |

Fonte: Autores, 2021.

Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados, Maceió - AL, 2021.

| Tipo de Equipe | n | % |
|--|----|------|
| Núcleos Ampliados em Saúde da Família (NASF) | 19 | 67,9 |
| Estratégia de Saúde da Família (ESF) | 8 | 28,6 |
| Equipe de Saúde Bucal (ESB) | 1 | 3,6 |
| Categoria Profissional | | |
| Agente Comunitário de Saúde (ACS) | 4 | 14,3 |
| Técnicos/Auxiliares de Enfermagem | 2 | 7,1 |

| | | |
|----------------------------------|---|------|
| Enfermeiros | 4 | 14,3 |
| Cirurgiões Dentistas | 1 | 3,6 |
| Psicólogos | 2 | 7,1 |
| Fisioterapeutas | 5 | 17,9 |
| Terapeutas Ocupacionais | 3 | 10,7 |
| Profissionais de Educação Física | 2 | 7,1 |
| Assistentes Sociais | 2 | 7,1 |
| Nutricionistas | 3 | 10,7 |

Tempo de Formado

| | | |
|--------------|---|------|
| 1 a 4 anos | 2 | 7,1 |
| 5 a 09 anos | 4 | 14,3 |
| 10 a 14 anos | 7 | 25,0 |
| 15 a 19 anos | 5 | 17,9 |
| 20 a 24 anos | 1 | 3,6 |
| 25 a 29 anos | 2 | 7,1 |
| 30 a 35 anos | 1 | 3,6 |
| Outros | 6 | 21,4 |

Anos de Atuação na APS

| | | |
|--------------|---|------|
| 1 a 4 anos | 9 | 32,1 |
| 5 a 09 anos | 5 | 17,9 |
| 10 a 14 anos | 3 | 10,7 |
| 15 a 19 anos | 6 | 21,4 |
| 20 a 24 anos | 5 | 17,9 |

Fonte: Autores, 2021.

3.5 Procedimentos éticos do estudo

Desde o princípio o estudo seguiu as disposições da legislação vigente sobre pesquisas com seres humanos, a fim de minimizar os riscos para todos os envolvidos. Para tanto, levou-se em conta a Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos

com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Para desenvolvimento da pesquisa, primeiramente foi obtida em março de 2019 autorização formal da SMS de Maceió para a coleta de dados (**ANEXO A**).

O projeto também teve suporte na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), que estabelece e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Conquanto, o estudo visou assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Pelo exposto, tratando-se de pesquisa que envolve seres humanos, se fez necessário a apreciação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFAL, cuja aprovação foi obtida em 18/09/2020, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de nº 20698719.1.0000.5013 e Número do Parecer: 4.285.914 (**ANEXO B**).

Os indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão, foram abordados diretamente, além de divulgação de cartaz (**APÊNDICE C**), presencial e por meio eletrônico, para o convite de participação na pesquisa. Após cada aceite, ocorreu a explicação de todos os detalhes do estudo, com destaque aos objetivos, riscos e benefícios, de modo que o público-alvo estivesse convicto de sua participação pudesse assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (**APÊNDICE D**), o qual contou com a assinatura das duas partes (pesquisadores e participantes) firmando assim a aceitação e participação voluntária.

Os critérios de inclusão consistiram em: ser profissional de saúde com atuação na APS, seja nas equipes de ESF ou NASF do município de Maceió, há pelo menos um ano antes da coleta de dados. Já os critérios de exclusão se referiam a profissionais que estivessem de licença maternidade ou que estivessem afastados por outros motivos que impossibilitassem a participação na pesquisa, bem como, aqueles que não tivessem horários compatíveis para a realização da produção das informações.

Os possíveis riscos aos sujeitos desta pesquisa eram referentes ao desrespeito a sua confidencialidade e privacidade, os quais foram resguardados pelas medidas de controle propostas. Já os benefícios propostos pelo estudo referem-se à divulgação à comunidade e ao serviço de saúde acerca da utilização de tecnologias

leves no processo de trabalho dos serviços de atenção primária à saúde mostrando a importância deste estudo.

Os dados foram coletados apenas pela pesquisadora principal em ambiente reservado. Os arquivos estão armazenados em pastas de computador, para evitar a perda das informações colhidas. Não foram publicados nomes, ou qualquer outra informação que identificasse os participantes do estudo a fim de resguardar-lhes o sigilo e privacidade. Os protocolos preenchidos foram de inteira responsabilidade dos autores.

Em consenso com as normas legais e éticas (Resolução nº 466/12 e Resolução nº510/16) os dados obtidos no estudo foram considerados propriedade conjunta das partes envolvidas e, conseqüentemente, não foram divulgados a terceiros sem prévia autorização de todas as partes. Entretanto, torna-se expresso que os resultados da pesquisa serão divulgados, sendo eles favoráveis ou não.

3.6. Análise do material empírico

As informações foram analisadas de acordo com a Análise de Conteúdo na Modalidade Temática proposta por Minayo (2014). Neste método reverberam-se afirmações acerca de determinado assunto, podendo ser representadas através de apenas uma palavra ou mesmo de uma frase ou resumo. Assim, para a autora a análise temática “consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2014, pág. 316).

Para realizar a análise temática utilizou-se os seguintes passos (MINAYO, 2014):

- *Pré-Análise*: nesta realizou-se a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais do estudo, bem como a escolha dos documentos que serão analisados. Fez-se a leitura flutuante do conjunto das comunicações, a construção do *corpus*, que consistiu na totalidade do universo estudado, carecendo precisamente de responder a algumas normas de validade qualitativa, tais como; exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Em sequência sucedeu-se a leitura exaustiva do material sob a luz das indagações iniciais, para determinar a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delineamento do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a

modalidade de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que orientam toda análise.

- *Exploração do Material*: momento em que se buscou alcançar os núcleos de sentidos e classificá-los e, ainda, a formação das categorias (expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala se organiza).

- *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*: como terceira e última etapa, os dados brutos foram submetidos a operações estatísticas simples colocando em destaque as informações obtidas. Logo após, culminou em inferências e realizou-se interpretações e inter-relações.

Pelo exposto, observa-se que a análise temática consiste em um método formal e mantém associação intrínseca com a regularidade dos significados obtidos (MINAYO, 2014) e, por isso, foi utilizada neste estudo.

Após o desvelamento do conteúdo em núcleos de sentido e sua categorização realizada pelo método de análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Minayo (2014), os dados foram ainda analisados à luz do referencial teórico apresentado a seguir, haja vista ser um dos aportes teóricos consistentes quando se trata da utilização de tecnologias em saúde no âmbito do SUS.

3.7. Referencial teórico

A aplicação dos conhecimentos acerca das tecnologias leves em saúde não é algo utópico, muito menos trivial, pelo contrário, requer um profundo entendimento e compreensão para a devida utilização de suas possibilidades, ideias e propostas. Contudo, há um longo caminho intermediado por pesquisadores, profissionais da saúde, gestores e outros atores envolvidos, para a adoção prática das tecnologias leves nos processos de cuidado.

Igualmente, a deficiência na compreensão do uso desse arranjo tecnológico e disseminação de ideias equivocadas ou mesmo *slogans* e chavões referente à 'humanização da saúde' sem fundamentação teórica e prática, e ainda, com a permanência paralela de práticas dissonantes pautadas no biologicismo, redundaram em práticas equivocadas e minou os esforços da real aplicabilidade de todo potencial das tecnologias leves nos processos de produção de saúde.

Nesse ínterim, considera-se inexoravelmente necessário buscar referenciais teóricos que sejam consistentes o suficiente, com indicações que validem o uso das tecnologias leves em saúde, sendo possível a utilização, pelo menos de alguns

aspectos, de forma coerente com a proposta indicada para a efetividade desse arranjo tecnológico e, não necessariamente a completude das ideias proposta por um determinado grupo e/ou pesquisador.

A partir destas considerações, considera-se imprescindível o uso das tecnologias relacionais no contexto da APS, a qual ainda está permeada de um modelo paradigmático voltado para cura de doenças, fragmentação do cuidado, inadequação e/ou inexistência de ordenação do cuidado, entre outros aspectos; implicando na necessidade de aporte teórico específico e estudos, como a presente pesquisa, que contemple indicações de caráter abrangente e que possam ser transpostas da teoria para prática, tanto quanto possível, em cada contexto onde existe o cuidado em saúde.

Primeiramente, faz-se necessário abordar aspectos cruciais dos referenciais teóricos que optamos tomar por base, notadamente, o de Anderson Elias Merhy, Denise Elvira Pires e Barbara Starfield, não por serem os únicos que tratam do assunto, mas, por terem indicações e aspectos peculiares que podemos adotar quanto se trata de aplicação das tecnologias leves no contexto específico da APS, já que os mesmos autores propõe uma linha importante no que tange a micropolítica dos processos de trabalho na saúde, cenário que o presente estudo se propôs a analisar. Ademais, Merhy e Pires fazem interseção com os princípios da APS propostos por Starfield, que também sustentam a presente pesquisa, quais sejam: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; enfoque comunitário (STARFIELD, 2002).

Após o desvelamento do conteúdo em núcleos de sentido e sua categorização realizada pelo método de análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Minayo (2014), os dados foram ainda analisados à luz dos referenciais teóricos de Emerson Elias Merhy e de Denise Elvira Pires, em consonância aos princípios da APS. Para tanto, apresenta-se a seguir, alguns conceitos destes autores sobre trabalho, processo de trabalho, tecnologias em saúde e tecnologias das relações, foco deste estudo.

3.7.1 Apresentação de conceitos à luz dos referenciais teóricos

Denise Pires em sua tese de doutorado, apresentada à Universidade Estadual de Campinas em 1996, intitulada “Processo de Trabalho em Saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho”, aponta diversas nuances

e questões envolvendo os processos de trabalho em saúde à época, que também foram analisados junto com aspectos ora consonantes e ora dissonantes encontrados nos estudos realizados por Anderson Elias Merhy.

Denise Pires (1996) apontou que inúmeras transformações ocorriam naquele período, dentre elas mudanças que afetaram o modelo de produção industrial, as relações de trabalho, a economia e a geopolítica. Tais aspectos aumentam a produtividade do comércio/consumo e o desenvolvimento econômico, em decorrência da introdução de novos materiais e da tecnologia microeletrônica, pela descentralização da produção e por mudanças nas formas de gestão do trabalho, de forma intensiva no setor industrial e nos setores de ponta da economia, mas que de maneira ou outra afetou todos os outros setores produtivos na sociedade.

Segundo Pires (1996), em diversos momentos da história da humanidade identifica-se um modo de produção que se sobressai em relação aos outros, mas que não necessariamente significa que todos os setores utilizem a mesma estrutura tecnológica, organizacional e de produção de trabalho. Contudo, de maneira geral, esses modelos tendem a expandir-se e a influenciar todos os setores, já que as relações de trabalho e o próprio modo de produção não resultam apenas de opções técnicas, mas são o resultado de múltiplas relações construídas no processo e que envolvem as características culturais da produção e as experiências de vida dos atores associados ao processo, ou ainda, o grau de desenvolvimento das forças produtivas, aspectos jurídicos e legais, organização dos segmentos da sociedade e seu contexto histórico.

Pires (1996) afirma que a industrialização afetou decisivamente grande parte da sociedade e que estudos diversos das ciências econômicas e das ciências humanas foram desenvolvidos nesse contexto. Em contrapartida, ao mesmo tempo em que se reduzia a oferta de trabalho no setor primário e industrial, progressivamente despontava e começava a se destacar o setor de serviços, sendo influenciado pelas formas de relação de trabalho utilizadas e o uso mecanizado das tecnologias das indústrias.

A autora também coloca que o setor saúde utiliza arranjos tecnológicos de ponta, mas as implicações sobre os processos de trabalho e sobre a qualidade dos resultados obtidos é um campo que precisa ser estudado em termos mais profundos, corroborando com as ideias desta pesquisa. Não apenas no que tange aos arranjos tecnológicos apontados pela mesma, mas sim, todos os arranjos tecnológicos e,

principalmente, aquele que é a força motriz dos serviços de saúde, que constituem as tecnologias das relações e/ou tecnologias leves em saúde. (PIRES, 1996)

Já para Merhy (1999) o objetivo principal do campo da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas, a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde, que são de fato as metas que se almeja atingir quando se percebe a saúde num plano multidimensional. Vamos, a seguir, nos restringir a uma síntese dos aspectos cruciais referentes à temática e que são indispensáveis quando se opta por tratar da temática dos arranjos tecnológicos como ferramentas nos processos de cuidado em saúde.

Merhy (2002, p.278) aponta que “toda atividade humana é um ato produtivo”, pois, “modifica alguma coisa e produz algo novo”, isto é, para o autor, o trabalho se configura em atos que decorrem da transformação da natureza. Além disso, refere que o “trabalho acontece em conjunto”, consistindo em “atividades organizadas uma com as outras” e desenvolvido de maneira compartilhada. Assim, os atos humanos em torno do trabalho modificam a natureza, mas, os seres humanos também são modificados concomitantemente. Dessa maneira, o trabalho se dá através de um processo e, por isso, outro conceito importante que merece destaque para o autor, diz respeito ao “processo de trabalho” e, mais precisamente, o processo de trabalho em saúde, já que este possui suas peculiaridades próprias.

O processo de trabalho revela relações que são constituídas num dado território e que atravessam subjetividades, isto é, no campo da saúde, a produção de fluxos de cuidado e/ou descuidado, traduz-se no saber-fazer. Dessa maneira, trabalhadores da saúde são fundamentais no processo, haja vista que estes revelam o mundo que permeiam a produção do cuidado, bem como as relações, encontros e desencontros, que são expressos no seu campo de atuação, ou seja, no âmbito dos serviços de saúde, famílias, comunidades e coletividades (FRANCO, MERHY, 2007).

O setor saúde, que faz parte do setor de serviços, segundo Pires (1996), assumiu características do processo de trabalho do setor terciário da economia, entretanto, possui também, características próprias. Segundo a autora, a estrutura do processo de cuidado institucional resulta de múltiplas determinações que ascendem de um processo histórico e social. Essas determinações são:

a) O modo de entender os processos de saúde e de adoecimento, a organização dos serviços e como as doenças são prevenidas e tratadas, que surgem da cultura e do paradigma das ciências das múltiplas sociedades, em cada período de tempo;

b)A historicidade das profissões que compõem o campo da saúde e os conhecimentos científicos descobertos e acumulados;

c)Teorias e características de organização do trabalho e modos de produção, bem como, os recursos, ferramentas e arranjos tecnológicos disponíveis;

d)A organização sindical e política dos trabalhadores da saúde, assim como, o arcabouço legal relativo ao papel do estado no que lhe cabe e as relações de trabalho;
e

e) As demandas advindas da sociedade em relação a saúde e o processo de participação social.

Quando se refere ao objeto do trabalho humano, Merhy (2002) aponta que esse adquire sentido pela ação intencional do trabalhador, através de seu trabalho, com suas ferramentas, seus meios e o modo como organiza os seus usos. Cada trabalhador possui uma caixinha de ferramentas, e que, no campo da saúde, as ferramentas são as ‘valises tecnológicas’. É interessante perceber que essas ferramentas tecnológicas são usadas de maneira individual ou coletiva, pelos trabalhadores, e configuram-se em ferramentas-máquinas (o ventilador mecânico, a seringa); em conhecimentos e saberes tecnológicos, o seu “saber fazer clínico”; e também, nas suas relações com os outros, por exemplo, a comunicação, que participa da produção e consumo do seu trabalho (MERHY, FEUWERKER, 2016, p.61).

Cabe ressaltar que o trabalho possui duas dimensões muito próprias, mas, que ao mesmo tempo se complementam, a saber: o “trabalho morto”, concernente ao trabalho feito antes do seu processo de uso e que, assim, chega apenas aos atores através de seu produto final, e o “trabalho vivo em ato”, ou seja, aquele que nos convida a analisar todo o processo que o constitui (MERHY, FEUWERKER, 2016; MERHY, 2002). Vejamos o que “o trabalho vivo em ato” consiste, nas palavras do próprio autor:

O ‘trabalho vivo em ato’ nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?) A outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Detalhar estas duas dimensões é fundamental para entendermos o que é o trabalho como prática social e prática técnica. Como ato produtivo de coisas e de pessoas (MERHY, FRANCO, s/data).

Assim, todo processo de trabalho combina o consumo de produtos feitos anteriormente por outros trabalhos e o trabalho em ato, onde, este último chamar-se-á de 'trabalho vivo em ato' (MERHY, FRANCO, s/data).

Dessa maneira, ainda que o trabalho vivo tenha um papel de protagonista no cuidado em saúde, isso não quer dizer que não haja interação entre os diversos tipos de instrumentos, normas, máquinas, entre outros aspectos disponíveis; mas, sim, que esta interação se configura, num determinado sentido, no modo de produção do cuidado em saúde, já que, todo trabalho desenvolve-se mediante tecnologias e, a depender do modo como esses arranjos tecnológicos são usados no processo de trabalho, emerge a condução de processo mais criativos, centrados nas relações; ou processos mais presos à lógica de instrumentais duros (maquinário) (MERHY, FRANCO, s/data, MERHY, 2002; MERHY, FEUWERKER, 2016).

O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto. O ser humano, no processo de produção, é capaz de utilizar com autonomia os elementos que dispõe e esse autogoverno está marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado (MERHY, FEUWERKER, 2016, p.61).

Pires (1996) em sua tese de doutorado investigou os seguintes segmentos: 1. A organização estrutural dos hospitais – que apontou ser verticalizada e compartilhada com setores externos que dão suporte aos processos de trabalho das instituições investigadas; 2. O processo de trabalho – no qual observou como o trabalho assistencial era desenvolvido, sua forma de organização e o uso de tecnologias de ponta, e ainda, qual participação dos diversos profissionais na divisão do trabalho a partir das características da força de trabalho e características do produto desse processo; 3. Comparação entre as duas unidades (Setores de Hospital público e hospital Privado) no que tange a inserção de tecnologia de ponta no trabalho assistencial, sobretudo, a percepção dos profissionais quanto a influência, vantagens e desvantagens do uso dos equipamentos na qualidade dos serviços prestados aos clientes, e também, se houve modificações em termos de organização e gestão do trabalho.

De acordo com Pires (1996), para uma análise e entendimento abrangente das transformações tecnológicas e organização dos processos de trabalho, múltiplos aspectos precisam ser considerados, e deixa claro que por impossibilidade de tempo, alguns deles não foram considerados em seu estudo, dentre eles: a visão da

instituição e dos trabalhadores sobre os clientes, sobre a qualidade dos serviços prestados e avaliação dos resultados, e a visão dos clientes sobre a instituição, sobre a assistência recebida e sobre os profissionais, dentre outros aspectos.

Como já citado anteriormente, todo trabalho possui um objeto e este ganha sentido a depender da intenção do trabalhador, pelos meios e ferramentas, e ainda como é organizado seu uso (MERHY, 2002). Além disso, um trabalho que vislumbre a produção de coisas (bens/produtos) funcionando como objetos, e que não necessariamente são materiais duros, possui também valores simbólicos e valores de uso e, conseqüentemente, satisfaz uma determinada necessidade. Assim, o trabalho em saúde, isto é, a produção do cuidado, realiza-se, sobremaneira, através do “trabalho vivo em ato”, quer dizer, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado em saúde, que é também o objeto de trabalho no campo da saúde, ganhando significado enquanto é produzido em ato (MERHY, FEUWERKER, 2016).

Nesse contexto, o “trabalho em saúde”, centra-se no “trabalho vivo em ato”, e tem sua efetivação com uso das tecnologias leves, que, por sua vez, expressa-se como processo de produção de “relações interpessoais”, representando, no encontro com o usuário, a reverberação de sua dimensão chave, possuindo por base as necessidades de saúde e as intencionalidades dos atores envolvidos. Em linhas gerais, para Merhy (2002), o uso das tecnologias leves faz parte da estrutura de subversão de um modelo de trabalho morto para o trabalho vivo que se dá na micropolítica dos processos de trabalho em saúde.

Ao tratar sobre as abordagens teóricas acerca do trabalho e suas transformações ao longo do tempo, Pires (1996) ao se referir especificamente sobre a categoria trabalho, afirma que a mesma caracteriza a maneira como “o homem produz e reproduz a vida”, sendo este campo passível de entendimento da história da humanidade, bem como, das relações sociais existentes entre os indivíduos. Contudo, deixa claro que “as análises que se estabelecem no processo de produção não dão conta do entendimento da totalidade social e muitos fenômenos sociais precisam de outras abordagens para que os resultados sejam mais profícuos”, por isso, necessitam de abordagens mais amplas.

Por conseguinte, Pires (1996, p.20) aponta as críticas existentes aos estudos no campo do trabalho no que tange as análises deterministas que possuem “orientações teóricas, absolutamente distintas, como o estrutural-funcionalismo e/ou

capitalismo e o marxismo”. A autora aponta que a abordagem estrutural-fundamentalista compreende os agentes, as instituições e a sociedade como parte de um sistema dado, sendo o comportamento individual visto como uma ação racional que vislumbra o interesse próprio, onde os cidadãos são consumidores que se reúnem em grupos efêmeros, e a sociedade capitalista se organiza segundo uma lógica central que é a harmonia de interesses que permite trocas para melhores soluções, ou também, que os indivíduos são parte dessa sociedade e se movem dentro das limitações estruturais. Por outro lado, o marxismo, sendo também uma análise determinista, entende o comportamento individual como resultado de ações de classes sociais. Assim, para o marxismo, os atores que movem a história são classes sociais, ou ainda, coletividades em luta.

Nesse contexto, Pires (1996) mostra em sua tese, que as críticas existentes quanto as visões deterministas são inúmeras e com diferentes aspectos envolvidos na produção, que de maneira ou outra deixam de ser considerados nas análises, já que o paradigma teórico-metodológico norteadores destes estudos incorre no erro de ignorar a completude da estrutura econômica-política-social da sociedade, tratando a ação coletiva como resultado de decisões autônomas de indivíduos indiferenciados.

Para Merhy e Feuerwerker (2016, p.62), existem muitos componentes que podem dificultar a efetivação do processo de trabalho, dentre estes, destaca-se, o predomínio da lógica de manejo dos instrumentos no comando do processo de cuidado, situação que leva o trabalho morto a capturar o trabalho vivo e dá a tônica do processo de trabalho. Por outro lado, quando o trabalho vivo em ato assume um papel protagonista, as atividades são vistas como construtora de produtos, de sua realização por meio da produção de bens, de diferentes tipos, e estando ligada à realização de uma finalidade para o produto, ou seja, tem-se em vista para que ele serve, que necessidade satisfaz, qual “valor de uso” ele possui; mas, para além disso, vincula ao produtor do ato, o trabalhador, a sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos.

Para Pires (1996) o modo de produzir e reproduzir a vida social e material, bem como a forma de produção do trabalho, os constructos dos conhecimentos, os valores e estabelecimento de regras de convivência social, são fenômenos humanos frutos de relações sociais. Outrossim, a inserção de novas tecnologias e novos processos organizativos de trabalho não podem apenas ser expressos por um

determinismo tecnológico, necessitam ser analisados como fenômeno social, resultantes de relações sociais, de processos políticos, bem como de disputas entre os interesses individuais e dos grupos sociais, de acordo com suas experiências de vida, além de aspectos socioculturais.

À vista disso, no campo da saúde subsistem três tipos de tecnologias: as *tecnologias duras*, as *leve-duras* e as *tecnologias leves*. As *tecnologias duras* referem-se a equipamentos, normas, rotinas, a exemplo do uso de alta tecnologia, como bombas de infusão, ventiladores mecânicos e demais maquinários que demandam investimento tecnológico. Já as *tecnologias leve-duras* são os saberes estruturados nos conhecimentos científicos, como patologia, semiologia, anatomia, dentre outros; ou seja, podem ser exemplificados por práticas que não precisam, necessariamente, de recursos de alta tecnologia para sua realização, como massagens, banho de imersão e aromaterapia. Por fim, as *tecnologias leves* consistem em estruturas organizacionais, que, por sua vez, estão localizadas no espaço das relações entre os sujeitos, perfazendo um trabalho vivo e dinâmico (MERHY, 1999, MERHY, FEUWERKER, 2016).

Quando um trabalhador de saúde se encontra com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e representações), que torna o agente consumidor parte objeto daquele ato produtivo, mas ainda agente, que interfere no processo (MERHY, FEUWERKER, 2016, p.63).

Por conseguinte, a ideia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas, também, ao “saber fazer” e a um “fazendo”, isto é, um *modus operandi*, que inclusive dão sentido ao processo de trabalho como um todo. No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer a lógica do “trabalho morto”, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados. O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas “tecnologias leves” (MERHY, 1997).

Destarte, as tecnologias leves podem ser caracterizadas como trabalho centrado nas relações interpessoais, materializando-se na construção de vínculo, na promoção da autonomia, no acolhimento e na corresponsabilização dos diversos atores envolvidos (usuários, profissionais e gestores) nos processos de trabalho em

saúde, sendo consideradas atributos da relação humana do cuidado (MERHY, FRANCO, 2003). Desse modo, a produção de saúde, envolve o reconhecimento desse tipo de tecnologia como o conjunto de relações que resumem o cuidar em si, cuja relação entre o profissional e a pessoa cuidada acontece de forma direta, com conexão interpessoal, isto é, troca de aprendizado entre os envolvidos.

Nessa conjuntura, os arranjos tecnológicos são fundamentais no cuidado em saúde, onde as tecnologias leves têm papel primordial na reversão modelo de assistência praticada, priorizando os atos cuidadores com vislumbre para a ampliação da clínica e a autonomia dos sujeitos (MALTA, MERHY, 2010).

As discussões que permeiam o campo de processos de trabalho são muito importantes no que concerne a compreensão da organização da atenção à saúde e, fundamentalmente, de sua magnitude transformadora, sobretudo quando imergimos sobre a micropolítica de organização do trabalho e os arranjos tecnológicos que o permeiam (MERHY, FRANCO, s/data; MERHY, FEUWERKER, 2016).

Em síntese, quando carecemos de uma análise dos processos de trabalho em um determinado serviço de saúde, não podemos deter nosso olhar, apesar de importante, apenas em fluxos, estruturas, normas, protocolos; mas também, nos múltiplos e facetados encontros de atores envolvidos na micropolítica que o constituem, haja vista que o trabalho vivo em ato nos remete a uma análise das distintas situações e manifestações que ocorrem nesses cenários, que são constituídos de saberes e agires múltiplos dos mais diversos atores/sujeitos inseridos no processo, e que implicam diretamente na produção do cuidado em saúde (FRANCO, MERHY, 2007, p.20). Assim, retomando algumas considerações anteriores, o trabalho em si constitui o trabalho vivo e os instrumentos de trabalho e a organização do processo de trabalho são o trabalho morto, isto é, são produtos de processos de trabalho vivo anterior (MERHY, FEUWERKER, 2016, p.63).

Da mesma forma, a análise do campo de trabalho, pressupõe uma visão para o contexto produtivo e relacional, já que estão interligados, necessitando de um olhar multidimensional e atento da realidade concreta e seus aspectos simbólicos a partir da ação dos sujeitos como processo que se constrói e que é dinâmico, que sofre modificações, que é perpassado por vários interesses individuais e coletivos, pois, o trabalho ganha vida tanto quanto os sujeitos interagem e dão vida ao labor diário em torno da produção do cuidado em saúde. Por esse motivo, os sujeitos e seus atos

cotidianos devem ser analisados de maneira a revelar o modo como se produz o cuidado em saúde (FRANCO, MERHY, 2007a).

Nessa compreensão, o trabalho vivo em ato assume características emblemáticas, pois, nos diversos contextos dos territórios ou serviços de saúde, ele possibilita a formação de fluxos-conectivos que dá vislumbre a cartografia implicada nos processos de trabalho como mapas abertos, com muitas interfaces e subjetividades diversas, sendo este campo próprio da micropolítica que permeia a produção do cuidado em saúde, e que assume significados diversos (MERHY, 1997a, p.160; MERHY, 2002).

Quando falamos na produção do cuidado em saúde, o elemento humano é o ponto central, haja vista que garante o caráter produtivo do cuidado, ou seja, por atos imanentes ao próprio processo que são gerados pelos trabalhadores de maneira individual e, mais propriamente, nas suas interligações com outros atores (trabalhadores e usuários) (FRANCO, MERHY, 2012, p.151).

Assim, mudanças nos processos de reestruturação produtiva do cuidado em saúde, configura-se numa inversão no núcleo tecnológico dos processos de trabalho, com centralidade no trabalho vivo e o uso predominante das tecnologias relacionais, levando ou não a uma ruptura com o modelo assistencial vigente (MERHY, 2002). Com essa inversão tecnológica, o trabalho em saúde passa a ser permeado por tudo o que é humano, isto é, os trabalhadores em atividade atuam sob a ótica de uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde (FRANCO, MERHY, 2012, p.152).

Ainda sobre esse contexto, a subjetividade é uma das diversas dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde, pois, depende do modo singular como cada um dos atores veem o mundo. Dessa forma, não é aconselhável atribuir valor a ação subjetiva no trabalho em saúde, tendo em vista que ele pode ser acolhedor, a partir do estabelecimento de vínculo entre os trabalhadores e entre os usuários e os trabalhadores, ou distintamente, ser meramente um trabalho prescritivo, pautado nas tecnologias duras, isto é, no trabalho morto (FRANCO, MERHY, 2012, p.152). Por fim, o trabalho em saúde se estabelece como um “processo de produção que opera com altos graus de incerteza e que é marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor do agir em saúde” (MERHY, 1997; MERHY, FEUWERKER, 2016, p.63), panorama de desenvolvimento do presente estudo.

No âmbito da saúde, a APS é um campo onde as tecnologias leves possuem um papel de destaque, guiada pelos seguintes princípios: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; enfoque comunitário (STARFIELD, 2002).

Como primeiro acesso, a APS visa ser o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde; onde, a acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção (SHIMAZAKI, 2009). Conforme aponta Donabedian (1973), o acesso pode ser classificado em sócio-organizacional, que diz respeito aos recursos que facilitam ou atrapalham (barreiras) os esforços dos cidadãos de chegarem ao atendimento; e, geográfico, envolvendo as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços.

A acessibilidade está atrelada ainda a disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários, onde o primeiro consiste na obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade; o segundo se refere ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros; e o terceiro diz respeito à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, a aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (SHIMAZAKI, 2009; DONABEDIAN, 1973).

Já o princípio da longitudinalidade deriva da palavra longitudinal e compreende a ação de lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos, portanto, uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, e que independe do problema e condições de saúde ou mesmo da existência de algum problema (STARFIELD, 2002).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em seu anexo I (2017, p.6), define a longitudinalidade do cuidado nos seguintes termos: “pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que

são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado” (BRASIL, 2017).

Para a efetivação do princípio da integralidade é necessário que a APS identifique as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las de maneira oportuna e equânime (SHIMAZAKI, 2009). Nesse entendimento a PNAB diz que a integralidade:

É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade (BRASIL, 2017, p.6).

Para tanto, faz-se necessário o diagnóstico adequado da situação de saúde da população adscrita; o atendimento pela unidade básica de saúde, prevenção de doenças e agravos, restauração e manutenção de saúde, sobretudo, para dar conta dos problemas mais comuns ou de maior relevância; e, a organização das redes de atenção à saúde, para prestar atendimento às demais necessidades: a identificação de outros pontos de atenção necessários, o sistema de apoio (diagnóstico e terapêutico), o sistema logístico (transporte sanitário, central de agendamento de consultas e internamentos, prontuário eletrônico, entre outros), ou seja, utilizar a totalidade de recursos na rede intra e intersetorial para a realização do cuidado em saúde de qualidade (SHIMAZAKI, 2009).

Com relação ao princípio da coordenação do cuidado, Starfield (2002) refere como um estado de harmonia numa ação ou esforço comum. Assim sendo, ainda é um desafio, já que nem sempre estão disponíveis às informações de atendimentos pregressos dos usuários realizados em outros pontos da rede de atenção à saúde, acarretando a dificuldade de viabilizar o cuidado continuado (SHIMAZAKI, 2009).

Acerca da coordenação do cuidado, a PNAB (2017) expõe que consiste em:

Elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais (BRASIL, 2017, p.7).

Cabe lembrar, que a essência da coordenação do cuidado é a disponibilidade de informações sobre os problemas de saúde e dos serviços ofertados aos cidadãos,

por meio de prontuários clínicos eletrônicos idealmente, já que estes possibilitam o compartilhamento de informações acerca do histórico de estado de saúde dos usuários e sua assistência nos diversos pontos da rede, sobretudo, entre a APS e atenção especializada (SHIMAZAKI, 2009).

O princípio do *cuidado centrado na família* diz respeito ao conhecimento, dos membros da família e das suas necessidades de saúde, pela equipe de saúde. Dessa forma, a centralização na família implementa-se apoiada na estratégia de saúde da família, desde de meados de 1994, sendo assimilada como uma reorientação do modelo assistencial e operacionalizada por intermédio da implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (SHIMAZAKI, 2009).

Na PNAB (2017, p.7), encontramos as seguintes disposições:

“O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionante ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado” (PNAB, 2017, p.7).

Portanto, a centralidade na família na prática das equipes de saúde é retratada a partir da abordagem familiar, com várias intervenções ao longo do tempo, que naturalmente permita o estabelecimento de vínculo com o usuário e sua família, viabilizando a aceitação da produção do cuidado em saúde (SHIMAZAKI, 2009).

Por fim, o princípio da orientação comunitária proposto por Starfield (2002) diz respeito ao envolvimento da comunidade nas tomadas de decisões em todo seu processo de saúde adoecimento, e, em todos os níveis assistência, através do controle social instituído legitimamente pelos conselhos locais de saúde e conferências de saúde. A participação comunitária é definida pela PNAB (2017, p.7) como:

Estimulo a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social (BRASIL, 2017).

Outros princípios e diretrizes que caracterizam o processo de trabalho em saúde na APS, com destaque para utilização das tecnologias leves, também serão explicitados na discussão dos resultados, haja vista a base legal do SUS ser outro aporte teórico que subsidia e baliza este estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das entrevistas e dos diários de campo da observação participante, foi possível identificar três categorias e suas respectivas subcategorias, assim distribuídas: *categoria 1* - Trabalho em Saúde e Processo de Trabalho na Atenção Primária; *categoria 2* - Tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde: dificuldades e possibilidades; *Subcategorias* – Acolhimento: é preciso compreender para colocar em prática; Escuta qualificada e valorização das subjetividades: ferramentas para a integralidade; Promoção da autonomia e corresponsabilização: tecnologias relacionais que qualificam o cuidado em saúde; A (des)construção do vínculo longitudinal: uma prática inerente ao cuidado em saúde na APS; *categoria 3* - Desafios para utilização das tecnologias leves na APS: em tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar. A seguir, apresentamos os resultados obtidos e discutiremos cada categoria e subcategorias.

4.1 Trabalho em Saúde e Processo de Trabalho na Atenção Primária

Esta categoria apresenta o modo como o se dá o processo de trabalho em saúde na atenção primária, com ênfase nas relações interprofissionais estabelecidas, de onde se revela um mundo de trabalho por vezes fragmentado e centrado no biologicismo. Os profissionais da saúde convivem, continuamente, com dilemas na efetivação dos princípios da APS, entraves e desafios do trabalho integrado entre NASF e ESF e mudanças nas *práxis* de cuidado, estas, em algumas circunstâncias, decorrentes da pandemia da COVID-19.

É fato que o trabalho possui uma dinamicidade e se constrói cotidianamente nos serviços de saúde a partir das relações existentes entre seus atores, que na área da saúde são os profissionais e usuários dos serviços. O entrelaçamento de encontros entre esses atores é permeado de peculiaridades e também possui uma capilaridade de interrelações que se constrói no espaço do cuidado.

O *processo de trabalho na APS* possui características próprias, sendo considerada a porta de entrada preferencial do usuário, onde o mesmo deve receber as primeiras orientações e cuidado, mas também, permanecer vinculado de maneira perene a uma determinada equipe de estratégia de saúde da família e/ou pelo menos possibilitar um atendimento às demandas espontâneas dos usuários que não possuem cadastro, o que Starfield (2002) considera como a continuidade do cuidado.

Vejamos o que algumas entrevistadas nos aponta quanto ao processo de trabalho na APS das equipes de NASF e ESF:

O processo de trabalho [do NASF] é um processo que a gente trabalha com promoção de saúde. E trabalha visando promover saúde e também com a questão da prevenção. Através das atividades, através de grupos, através de salas de espera e através também de atendimentos individuais, visitas domiciliares. (E2 – Terapeuta Ocupacional).

Eu sou agente de saúde, a minha função, a gente vai na área, a gente visita as famílias, a gente faz toda a triagem de necessidade do paciente para que ele possa vir para a unidade, a gente faz o chamamento, no caso tem as ações, quando tem campanha a gente também orienta. [...] E toda demanda da área, a gente traz para unidade para que a gente possa passar para enfermeira-chefe e aí ela faz o direcionamento, se vai para ela, se vai para médica, se é um caso de visita domiciliar. Esse é um dos pontos que a gente trabalha. (E2 – ACS)

O NASF se caracteriza pelo trabalho clínico-assistencial e técnico-pedagógico, onde o técnico-pedagógico envolve o trabalho com os demais profissionais, seja da estratégia ou seja de outras categorias, de outros setores, da assistência social ou de outras partes da rede. E a parte clínico-assistencial que envolve o trabalho com o usuário, seja ele um trabalho individual ou coletivo, como os projetos terapêuticos singulares e os atendimentos compartilhados. [...] envolve tecnologia leve, nesse diálogo, nesse trabalho, tanto com os profissionais como com os usuários. (E13 – Nutricionista).

Na Estratégia de Saúde da Família os usuários são adscritos por microáreas, cada microárea tem o agente responsável. Geralmente um profissional da enfermagem, médico que compõe a equipe da Estratégia, um enfermeiro, um médico, duas técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, certo? Algumas equipes possuem a equipe de saúde bucal, a minha não está contemplada. (E2 – Enfermeira).

Conforme explicitado nas falas das entrevistadas, a APS surge como uma proposta de reordenamento da atenção à saúde nos diversos contextos dos processos de trabalho em saúde. No Brasil, a proposta da Estratégia de Saúde da Família é que a mesma seja coordenadora do cuidado em saúde, configurando-se como o contato inicial dos usuários ao sistema de saúde – SUS, ao tempo em que efetiva um dos princípios da APS, qual seja, o ordenamento do cuidado.

Segundo Starfield (2002, p.28) a APS compreende o nível de serviços de saúde que desponta na entrada do sistema de saúde para todas as necessidades e problemas e, ainda, fornece atenção centrada na pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção às mais diversas condições, excetuando-se as incomuns e raras, contudo, coordena e/ou integra a atenção fornecida em outros lugares ou por terceiros, isto é, ordena o cuidado na rede de atenção à saúde, o que corrobora em certa medida com os achados do estudo.

Ainda quanto a *práxis* de trabalho na APS, os participantes apontam que as principais atividades desenvolvidas são atividades de grupo, com foco na promoção e prevenção em saúde, e ainda atividades de busca ativa de casos de doenças emergentes e reemergentes na comunidade, conforme os depoimentos a seguir:

Nós utilizamos a visita domiciliar, que é uma das tecnologias leves, que é a forma de você chegar até usuário e realizar cadastramento, depois acompanhamento, a identificação dos grupos de risco. Nós fazemos, além do cadastramento e de acompanhamento de grupos de risco, nós promovemos educação em saúde. Nós também agendamos, junto a unidade de saúde, agendamos consultas médicas e de enfermagem, fazemos busca ativa para vacinação de crianças, pré-natais, gestantes, que é o acompanhamento, de busca ativa de doenças como tuberculose, hanseníase. (E24 – ACS).

O que a gente faz mais com os usuários é a questão da palestra e grupos. A gente tem um grupo de idoso, grupo de gestante e alguns grupos de hipertensos, que devido a pandemia não estão ativos. Mas assim, o que a gente usa, às vezes traz convidados, parceiros tipo o NASF também, de faculdades para trazer algum tema relevante, diferente e é isso que a gente faz mais no dia a dia. E a gente faz a educação em saúde, através da sala de espera praticamente todos os dias. (E21 – Auxiliar de Enfermagem)

Desde que eu entrei no NASF, eu fiz um primeiro trabalho de avaliação de território e a partir da avaliação de território eu comecei a direcionar ações voltadas para poder estimular e promover a qualidade de vida da população. Um dos meus programas é o programa de caminhada, onde a gente iniciou no São Jorge, aí a população é chamada para participar do programa, passa pela avaliação do médico da equipe, ou seja, é uma atividade da educação física, mas é compartilhada com a unidade, e esse programa de caminhada começou depois da discussão com a equipe local. (E18 – Profissional de Educação Física).

O trabalho da gente, que a gente desenvolve, depende da demanda dessas equipes, ou então do que a gente verifica também no território. Então geralmente eles solicitam visitas, rodas de conversa, formação de grupos e outras atividades. É uma rotina bem dinâmica, sabe? A gente se ver fazendo coisas, assim, que seja da nossa formação ou coisas de saúde em geral. Não só com essas equipes de saúde, mas a gente tem parceria também com as escolas, creches também, o CRAS. Mas é bem dinâmico e depende, assim, na maior parte das vezes, da provocação dessas equipes, da demanda que eles vão passando para a gente. (E12 – Fisioterapeuta).

Percebe-se que o processo de trabalho na APS está diretamente relacionado às atividades de promoção e prevenção, reabilitação e cura, demonstrando que o *modus operandi* do cuidado em saúde, nesse contexto, possui um dinamidade e complexidade, já que envolve um pandimensionalismo da vida humana, remetendo a necessidade de práticas de cuidado a partir da consciência das nuances que o envolve, a fim de traçar estratégias para bem desenvolvê-las cuja finalidade é alcançar resultados adequados no processo de trabalho, relacionando-se com as diretrizes da

PNAB e, também, elencados pelos referenciais teóricos do estudo (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002; PIRES, 1996).

Conforme aponta Merhy (1999) o trabalho em saúde realiza-se concretamente no encontro entre usuários e trabalhadores, centrando-se no trabalho vivo em ato, que deve se sobrepôr, mas não excluir, o trabalho morto, visando a produção do cuidado. Outrossim, Merhy (1997) refere como intrínseco ao processo de produção do cuidado um grau incerteza, o qual é marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor do agir em saúde, onde cada um deve desempenhar um papel protagonista.

Nessa perspectiva, de acordo com a PNAB (2017), a APS tem seu cerne em um conjunto de intervenções e atividades de saúde, atuando em âmbito individual e coletivo, envolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se através de gestão do cuidado, de maneira participativa e democrática, por meio da atuação em equipes em territórios delimitados e dinâmicos com os quais assume a responsabilidade sanitária com a comunidade.

A APS dispõe de um escopo de trabalho pautado na utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, vislumbrando resolver os problemas de maior relevância e frequência da população. Por conseguinte, orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

O trabalho em si é um ato concreto, que tem seu desenlace na área da saúde como trabalho em ato, conforme aponta Merhy (2014), ou seja, o cuidado em saúde é o trabalho que acontece em ato nesse campo de conhecimento. Desse modo, com toda sua complexidade, o processo de trabalho em saúde, conseqüentemente na APS, enfrenta entraves e desafios, conforme apontado pelos entrevistados:

Eu encontro desafios, às vezes com relação ao próprio paciente. Não tem paciência de nos escutar, ele não leva muito em consideração as orientações, a falta de informação, a falta de conscientização da importância de certos tipos de orientação para se prevenir de algumas coisas, eles não têm. (E28 – Enfermeira).

Nem todos da comunidade têm a noção de como o NASF funciona, o trabalho, ou consegue diferenciar NASF de ESF. Até mesmo pela própria dificuldade da nossa população na questão de formação e de experiência, de serviços e tudo mais. [...] Até pela falta de compreensão das equipes quanto ao trabalho do NASF, e eu digo das equipes ESF, que o NASF, ele surge como um apoio matricial, como clínica ampliada, como discussão de caso. Então, muitos nos veem como atendimento individuais dentro do território, ou seja, espera que o fisioterapeuta saia de casa em casa, fazendo fisioterapia.

Espera-se que o educador físico faça um programa de educação física, apenas. Então, a questão de casos complexos, casos que não podem ser resolvidos, para serem direcionados à equipe, para que a equipe faça essa discussão de casos, o direcionamento, essa logística não é muito compreendida pela ESF, ela quer que o problema venha e seja solucionado ali. Existem essas dificuldades de compreensão de como funciona o trabalho do NASF. (E18 – Profissional de Educação Física).

A gente tem mais dificuldade na construção de PTS, tem mais dificuldade, porque não só pelos profissionais, porque tem alguns parceiros que a gente tem um acesso melhor, mas tem outros que a gente depende, que para chegar, para eles irem até a gente tem mais dificuldade, então o acesso deles é mais difícil. (E12 – Fisioterapeuta).

Os principais desafios trazidos são a falta de compreensão e adesão das orientações realizadas pelos profissionais por parte dos usuários e a não compreensão quanto a forma de funcionamento dos núcleos ampliados de saúde da família – NASF. Aponta-se também a deficiência na formação da comunidade e dos profissionais e também o modelo perpetuado da avaliação baseado nas doenças e a dificuldade de ordenamento de casos na rede de atenção à saúde.

Destaca-se que os profissionais expressam a dificuldade na construção de Projeto Terapêutico Singular – PTS, o qual se configura como o instrumento mais evidente de trabalho de matriciamento na APS, sobretudo no NASF, e que materializa a gestão do cuidado em saúde.

O trabalho em saúde incluso no setor de serviços é, predominantemente, um trabalho coletivo e institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional, bem como, da divisão parcelar ou pormenorizado da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho. Esse modelo, existente desde a revolução industrial, influenciou sobremaneira as formas de produção do trabalho, afetando também os modos de produção do setor de serviços (RIBEIRO, PIRES, BLANK, 2004).

É evidente que nenhum modelo pode ser generalizado, mas de forma decisiva estes possuem um predomínio sobre a forma da economia de dada época, e isso, necessariamente não quer dizer que traga apenas pontos considerados negativos, pelo contrário, cada modelo de produção precisa ser inserido em seu contexto próprio, com suas questões sociais envolvidas, ferramentas, habilidades, conhecimentos desenvolvidos e acumulados pelos atores envolvidos. Desse modo, quando tentamos apontar a predominância de um determinado modelo, não nos exime de apontar

também que o mesmo possui, muitas vezes, um paradoxo correlato nos processos que o circunscrevem.

De acordo com Pires (2000, p.85) o trabalho em saúde se enquadra na esfera de produção não material, cuja completude se dá no ato de sua produção e realização. Sendo assim, não tem como finalidade ou resultado um produto material, a ser comercializado no mercado. O produto final do trabalho em saúde, indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade.

Quando analisamos os aspectos que compõem o trabalho, mesmo tratando dos múltiplos desafios que o englobam, cabe lembrar os destaques que Pires, Lorenzetti e Gelbcke (2010) retratam quanto às condições de trabalho, sendo estes: a força de trabalho, as especificidades de quem o rodeia, a qualificação e habilidade exigida, a forma de organização e divisão, as relações contratuais concernentes a jornada de trabalho, benefícios, direitos e deveres dos trabalhadores. Além disso, envolve o ambiente sociotécnico para aplicação dos saberes e técnicas, incluindo as ferramentas de trabalho adequadas em quantidade e qualidade, bem como os saberes estruturados, habilidades e conhecimento para operacionalização e ainda o espaço físico.

Os entrevistados apontam desafios quanto ao modelo de atenção à saúde vigente, a falta de disponibilização de recursos, espaço físico e outros insumos que permitem potencializar as práticas de cuidado em saúde; a falta de integração entre os membros das equipes, fragmentando as práticas assistenciais e colaborativas; a verticalização das ações, muitas vezes impostas pelos poderes públicos que estão à frente da gestão; a sobreposição do saber técnico cientificista que menospreza o saber popular e natural do ser humano nas suas singularidades; a rotatividade de profissionais nas equipes; dentre outros aspectos que podemos observar com maior riqueza de detalhes nas falas a seguir:

O desafio que a gente tem, por exemplo, o município não disponibiliza de recurso. Dessas ferramentas, a única coisa que hoje a gente tem é o tablet, mas a internet a gente não tem, a gente paga a internet, é a gente que tem que pagar. Porque hoje a dificuldade é basicamente essa, a gente tem a ferramenta, mas, por exemplo, a tecnologia, que no caso é a internet, que é acessível, essencial para isso, o município não dispõe. Dispõe, mas não funciona. Cada profissional paga por fora isso aí. Eu acho que assim, o que a gente sente muito aqui, nessa questão, é a ausência, às vezes, do poder público em algumas ações. Porque, é como eu te falei, as coisas vêm de cima para baixo, jogam para gente, mas não dá condição, é bem simples. (E9 – ACS)

Eu acho que a gente chegou, eu cheguei agora, sou a responsável técnica de referência e a gente está nesse processo de instrumentalização da equipe, que eu estou sentindo muita falta de a gente ter uma avaliação da visita domiciliar, da gente ter uma avaliação do grupo, uma avaliação para o PTS. Então tudo isso a gente precisa se organizar, instrumentalizar, para gente poder ter isso como documento e como norte para as intervenções. Então eu acho que a gente precisa melhorar nisso. [...] Inclusive, a gente está com uma equipe que mudou muito, muita gente saiu, então entraram três pessoas, então eu não conheço direito o território, então a gente estava vendo se conseguia agora, esse final de ano, ver um dia na semana para ir mapeando esse território, ver quais são as instituições, articular com essas instituições, sei que as escolas agora estão sem funcionar [...] (E6 – Terapeuta Ocupacional).

Assim, um dos desafios que a gente encontra diariamente é a questão mesmo física. No âmbito público a gente vê, tem muito essa dificuldade de espaço físico. (E1 – Assistente social).

Porque a gente trabalha ainda no modelo muito positivista, muito biomédico, em que o médico, o profissional de saúde, é o dono do saber e do poder, e o usuário é o paciente. Então, nessa forma e nessa linha, nessa teoria e modelo de cuidado fica muito difícil que o usuário possa ter corresponsabilização. Porque, vamos dizer assim, a equipe toma para si essa responsabilidade e não estimula essa corresponsabilização. Eu estou falando no geral, no que eu observo, posso até estar errada, mas pelo o que eu observo do modelo, ainda, da atenção básica, que é a do hospital também, é muito, ainda, esse modelo positivista, autoritário, hierarquizado, verticalizado, onde o usuário não sabe nada e quem sabe é o profissional de saúde e quer impor as suas verdades, e a forma com que o usuário precisa se cuidar, tem que ser assim, e você faz assim. (E6 – Terapeuta Ocupacional).

Com base nos relatos, os entraves e desafios são semelhantes as características analisadas por Pires (1996), onde a mesma destaca as estruturas assistenciais de instituições de saúde como resultantes de um processo histórico-social, sendo correspondente de múltiplas determinações, quais sejam: a compreensão dos atores acerca do processo saúde-adoecimento; a organização dos serviços de saúde, incluindo os modos de profilaxia e tratamento de doenças, e abordagens no cuidado em saúde; o grau de organização político-sindical dos trabalhadores, que assumem seus deveres mas também conhecem seus direitos; o arcabouço legal relacionado aos princípios e valores do sistema de saúde, que delinea as funções dos entes federados e subsidiam os profissionais com diretrizes nacionais; dentre outros aspectos importantes que emergem da prática de trabalho no campo da saúde.

Segundo Scherer, Pires, Jean (2012) a realidade do sistema de saúde brasileiro apresenta tentativas de mudança no modelo de atenção à saúde, cujo apogeu se deu com a implantação da Estratégia de Saúde da Família. As exigências

advindas da configuração de um novo modelo multiprofissional e interdisciplinar fazem com que se ampliem interfaces a serem geridas pelos trabalhadores que compõem as equipes, trazendo consigo novos desafios.

A observação participante possibilitou visualizar que tanto a equipe NASF quanto ESF realizaram, mesmo que timidamente, o planejamento e execução de atividades integradas quando estas eram voltadas para a coletividade. Contudo, nas Unidade de Saúde observadas, trabalhavam em geral isoladamente, típico do modelo biomédico. Desse modo, os processos de trabalho eram fragmentados, onde não se aplicavam, nem isoladamente nem de maneira conjunta, as ferramentas de gestão do cuidado em saúde, como PTS, genograma e ecomapa, dentre outros, aspectos que serão retratados na exposição da terceira categoria deste estudo.

É nesse contexto que emerge os elementos de adaptações do processo de trabalho durante a pandemia da COVID-19, que já se encontrava absorto por um modelo biologicista. Em decorrência desta crise sanitária de relevância internacional profissionais de saúde e gestores tiveram que reinventar suas práticas de cuidado na APS, sobretudo quanto ao uso de tecnologias e a implementação de práticas organizativas.

Inexoravelmente a pandemia da COVID-19 determinou uma série de mudanças nas práticas em saúde da APS, conforme podemos averiguar nos discursos apresentados:

Bom, mudou um pouco, porque a pandemia, acho que ela veio para mudar a rotina de todos os profissionais. Mas a gente teve que se reinventar e, assim, com a questão da aglomeração a gente não podia estar junto o tempo todo, a gente teve que recorrer para as tecnologias digitais. Então, assim, foi um reinício. Mas, assim, foi bom porque aí a gente pode ver que a gente pode também utilizar de outras tecnologias para poder exercer o trabalho. E não deixar de fazer. (E1 – Assistente Social).

Infelizmente, por conta da pandemia, eu estou com muitas limitações com relação ao cuidado aos grupos. Porque assim, o NASF trabalha muito com o vínculo, principalmente nas atividades, nos atendimentos individuais e nos atendimentos em grupo. E aí com a pandemia, houve a suspensão dos grupos. [...] Então, eu estou sentindo muita dificuldade de estar realizando um contato mais próximo, realmente de acompanhamento dos sujeitos, porque a gente utiliza as visitas, faz o acompanhamento durante as visitas, as orientações, os treinamentos para o cuidado. (E6 – Terapeuta Ocupacional).

Por causa da pandemia, agora que a gente voltou a fazer as visitas, porque antes estava sendo mais difícil a gente ir para casa das pessoas. Até porque, assim, no início da pandemia faltava equipamento. Aí também tem a questão dos grupos, assim, é um desafio a questão da pandemia, porque as pessoas não podem se aglomerar. Então, os grupos estão bem reduzidos, antes a gente fazia grupos com vinte pessoas, hoje a gente faz grupo com cinco,

mesmo assim as pessoas não estão vindo muito. Então, assim, tem vários desafios. As salas de espera, antes a gente tinha cinquenta pessoas, quarenta pessoas numa sala de espera no posto, hoje a gente conta com umas dez pessoas. Então, como a gente trabalha com prevenção e promoção da saúde, eu acho que, reduziu bastante. Eu estou falando dos desafios atuais da pandemia. (E2 – Terapeuta Ocupacional).

Então, assim, o processo do ESF-NASF de interlocução na residência do indivíduo, de diálogo próximo com o indivíduo, ele acaba ficando mais fragilizado. Nesse momento de pandemia, por todos esses distanciamentos, afastamentos, a busca de um diálogo, de uma conversa, de tirada de dúvida, que faz parte da ambientação dos programas de família, especificamente, da relação com usuário, eles se tornam mais prejudicados. (E18 – Profissional de Educação Física).

De modo evidente os entrevistados relatam a necessidade que as equipes de APS (NASF e ESF) tiveram em readequar seu processo de trabalho, pois a crise que o mundo vivenciou e ainda vivencia, exigiu a suspensão de várias atividades, como grupos terapêuticos, visitas domiciliares, salas de espera e consultas compartilhadas. Concomitantemente ocorreu o adoecimento e/ou afastamentos de profissionais, prejudicando as relações interpessoais no trabalho, entre outros aspectos que podemos observar também nas seguintes exposições:

A gente mudou muito a rotina da unidade aqui da gente e a gente ficou muito doente, por incrível que pareça. A gente teve dois ou três funcionários aqui que durante a pandemia tiveram surtos psicológicos. Os que tiveram que ficar afastados. Um ficou um mês e o outro já vai em 3 meses. Fora aqueles pacientes, aqueles funcionários que já estavam lá pelo protocolo, que era considerado como de risco, os hipertensos, os diabéticos, funcionários idosos, funcionários que têm parentes dentro de casa com alguma patologia dentro do protocolo, então a gente ficou com ausência de funcionários. Então quem ficou aqui, ficou trabalhando por ele e pelo outro, e foi difícil nessa questão. A falta de material, a falta do pessoal que ficou afastado, a gente adoecendo. (E9 – Agente Comunitário de Saúde - ACS).

A gente sempre usou [tecnologias leves], mas com a pandemia, eu acho, que a gente, vamos dizer, ficou mais "tímido". Por exemplo, para algo que é manipulado por várias pessoas, se a gente fazia uma dinâmica como batata quente, que a gente utiliza essa dinâmica para fazer educação em saúde com alguma temática, então, a gente já tem que pensar, arrumar alguma estratégia de outra tecnologia leve pra alcançar o objetivo, mas que não manuseie todo mundo, para não ter essa transmissão. Mas a gente continua, só que a gente está, vamos dizer fazendo uma categorização de tecnologias que a gente utiliza, que não seja em contato com mais pessoas, o mínimo possível. (E7 – Terapeuta Ocupacional).

Fizemos várias salas de espera, várias ações de promoção à saúde. E com relação às campanhas do Ministério da Saúde, julho amarelo, prevenção das hepatites virais, então a gente fez essa ligação com a COVID, a gente fez um kit. Nesse kit a gente colocava uma máscara de tecido e as informações sobre as hepatites virais. Em agosto foi a violência contra mulher, que é o agosto

dourado, que é o aleitamento materno e o agosto lilás. (E11 – Assistente Social).

E durante a pandemia, nós tivemos essa necessidade de utilizar outras ferramentas para poder atingir esse público, já que a gente não tinha mais esse contato, não poderia fazer esse contato presencial, então foram utilizadas outras tecnologias, como grupos de WhatsApp com usuários e profissionais, a utilização também das redes sociais, através do Instagram, através de canal de YouTube. Então foram formas de acessar e divulgar informações e de acessar esse usuário, porque a gente não podia mais está tão próximo. [...] Com essa questão da pandemia houve um exercício aí de reformulação, já que a gente estava vivendo, estamos vivendo uma pandemia, precisava melhorar o acolhimento, então foi um período, está sendo um período de avaliação e aí muitas equipes ou muitas unidades, elas mudaram realmente a forma desse acolhimento. Apesar da gente ter o período da pandemia que a gente ficou afastado um pouquinho, de forma presencial do usuário. Eu acho que isso também serviu para refletir e também para repensar as práticas. (E13 – Nutricionista).

Para além das mudanças no processo de trabalho na APS, destacam-se as novas estratégias que os profissionais apontam como relevantes no contexto da pandemia, mostrando que dentre os mais variados contextos, o setor de trabalho da saúde, independente do modelo praticado (mais verticalizado ou mais horizontal), os atores precisam se readequar às exigências do momento, levando em consideração aspectos políticos, econômicos e sociais. Vejamos algumas das estratégias que se efetivaram no contexto da pandemia que demarcam essa ampliação das possibilidades no âmbito do cuidar em saúde:

Na realidade, só mudou no começo mesmo. Porque quando começou a questão da pandemia, a gente tinha todo um cuidado. A gente ficou fazendo escalas de trabalho, uma parte vinha e trabalhava em outra parte trabalhava fazendo teleatendimento. (E8 – Enfermeira).

O contato com o usuário continua sendo com a questão da tecnologia, WhatsApp, telefone. Evitamos mais ir para área. Quando ia para área, não entrava na casa do morador, a gente não entrava na residência. Ficou mais distante, ficou um momento frio. (E9 – Agente Comunitário de Saúde- ACS).

Então todos esses meses de campanha do Ministério da Saúde a forma que encontramos para intervir durante a pandemia, já que não poderíamos fazer mais do que isso, foram salas de espera. Conseguimos chegar junto do usuário, mesmo em tempo de pandemia, respeitando o distanciamento social, orientando os usuários para usar o álcool em gel, a máscara da forma correta, porque a gente percebe no nosso cotidiano que alguns usam a máscara de forma errada. Então, assim, a gente contribuiu com a prevenção a covid-19. (E11 – Assistente Social).

Então nós continuamos utilizando essas ferramentas e conseguimos retomar algumas atividades presenciais. Mas não deixamos de utilizar essas outras tecnologias, que poderiam ser chamadas aí de leve-duras, se eu não estiver errada, que a gente utiliza através das redes sociais, para atingir esse público,

então utilizamos essas outras ferramentas durante esse período da pandemia e continuamos até hoje. A pandemia não acabou, mas temos algumas atividades presenciais e não deixamos de utilizar essas outras ferramentas (E13-Nutricionista).

A maioria das estratégias está relacionada a utilização de tecnologias duras e leve duras, tais como: aparelhos de informática, construção de vídeos, cordéis, grupos de WhatsApp e outras atividades em redes sociais, videogames, conhecimentos estruturados para orientação, salas de espera sobre uso máscaras e álcool em gel a partir de um projeto denominado “costurando amor”. Também se efetivaram atividades laborais para saúde do trabalhador, organização do fluxo de atendimentos, visitas domiciliares, reestruturação de agendas de serviços ofertados, entre outros. Podemos averiguar nos discursos a seguir, algumas das estratégias construídas.

O que a gente fez durante esse período, a gente teve postagens, por exemplo, no canal - que a gente criou um canal da equipe 5, um canal no YouTube - e lá foram divulgados vídeos de exercícios físicos, já que o profissional de educação física não podia mais tocar o grupo nesse período. Então, exercícios físicos, vídeos informativos sobre a temática do agosto Dourado, vídeo também relacionado ao setembro Amarelo, fizemos ainda outro vídeo relacionado à saúde mental durante esse período da pandemia. Porque a gente sentiu a necessidade diante de tantos casos, de pessoas com dificuldades, passando por questões bem sérias familiares, profissionais, pessoas que morreram. Enfim, que ficaram com sequelas, então assim, a saúde mental dos profissionais, principalmente no começo da pandemia, foi muito afetada e aí a gente sentiu essa necessidade e fizemos também um cordel relacionado à saúde mental, então foram alguns exemplos do que a gente utilizou nesse período. (E13 – Nutricionista).

A gente teve que fazer algumas mudanças, por exemplo, para questões mais de orientação, para questões de direcionamento de práticas para que as pessoas façam essas práticas de formas individualizadas, com distanciamento social, com todos os aparatos necessários. Então, orientamos acerca da questão do uso das máscaras, da higienização. Então houve essa mudança com a pandemia.

A gente ficou dando um suporte maior para a equipe, para atenção primária, porque a gente às vezes ajudava na questão da fila de vacina, de organizar, orientar, essas coisas. Também muitos posts, podcast, também essas questões de tecnologias de informática e aí a gente começou com um projeto chamado “divertidamente”, que é um projeto que a gente utiliza aquele jogo, “Xbox”, com as usuárias. A gente marca de duas em duas por horário e elas vão para fazer a prática corporal, só que não com professor, mas sim com o jogo e foi bem aceito também. E aí também a gente começou um trabalho de cuidado com o cuidador, com o pessoal das unidades de saúde, então a gente fazia ginástica laboral, orientação, conversa, para dar um apoio a essa equipe que estava tão desgastada e com um trabalho bem grande. Então assim, com a pandemia mudou nesse sentido, a gente teve que se reinventar e teve que mudar a forma de trabalho. (E17 – Nutricionista).

Quando comparamos as estratégias construídas no período da pandemia, não podemos deixar de destacar as ideias centrais de Pires (2000), que afirma a necessidade de pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham impacto na qualidade da assistência e, concomitantemente, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo, e integrador da riqueza da diversidade dos saberes profissionais, até mesmo dos processos de formação em saúde. Sendo assim, o processo de trabalho possibilita não apenas a integração do potencial humano do trabalhador, mas também, se configura numa satisfação pessoal, com vistas a superar a realidade existente, com seus desafios, perspectivas e contextos em que o trabalho em saúde se insere, que muitas vezes, apresenta-se cheio de nuances e dificuldades, mas também, rico em possibilidades.

A gente sempre evita a aglomeração, para poder entrar na unidade tem que se higienizar. Logo no início a gente ficava na porta, só entrava quem realmente tinha algo para resolver, era controlado o fluxo, agora até que não, não tanto. (E16 – Fisioterapeuta).

E a tecnologia que a gente usou muito foram vídeos, materiais produzidos em vídeos. Porque a nossa equipe, especificamente, fez até um cordel, nós fizemos um cordel. Falando sobre essa questão da saúde mental na pandemia, para acolher, para dar aquele suporte aquelas pessoas que estavam vivendo esse isolamento social, a gente trabalhou muito na questão dessas tecnologias, de vídeos, de áudio, de material produzido e enviado por essas tecnologias que a gente tem de WhatsApp, de plataformas. (E19 – Psicóloga).

Então a gente começou a elaborar materiais informativos sobre a COVID, sobre os sinais e sintomas da COVID, dentro desses informativos a gente sempre colocava uma máscara confeccionada por nós mesmos. Então as meninas do grupo que tinha noção de costura, de corte e costura, faziam, e a gente distribuiu mais de mil máscaras durante esse período, mil duzentos e pouco. (E20 - Fisioterapeuta).

Dessa forma, analisando as diversas formas que os profissionais souberam aprender e se reinventar em sua prática de trabalho, podemos resgatar as ideias de Azumbra et al (2010), quando afirma que os trabalhadores, estabelece relações com outros sujeitos do cuidado, com a organização do trabalho, possibilitando objetivar sua subjetividade, composta de crenças, de valores, percepções e sentimentos que se constroem e se reconstroem ao longo de sua realização e existência, por laços muitas vezes permanentes que compõem sua história. Tanto trabalhadores como usuários exteriorizam suas ações cotidianas, podendo intervir na lógica constituinte da organização do trabalho, e por sua vez, do

processo de cuidado em saúde, com ações co-participantes, incluindo ainda os gestores, famílias e comunidade.

Logo, é verdade que o trabalho é um aspecto fundamental da vida do homem. O trabalho em saúde, por sua vez, para se concretizar e ser eficiente e eficaz, deve solucionar as grandes questões e complexidades que o circunda, abrangendo um leque de possibilidades de intervenção no campo do cuidado que emanam da própria relação entre os atores envolvidos. Por conseguinte, evidenciam a inevitável necessidade de trabalhar com ferramentas que auxiliem seus atores nesses processos, sendo necessário alicerçar o trabalho em tecnologias para produção do cuidado. Nesse interim, abre-se a segunda categoria deste estudo, que trata justamente das tecnologias usadas no contexto dos serviços de APS para constituir-se como prática de cuidado legítimo.

4.2 Tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde: dificuldades e possibilidades

A multiplicidade de demandas e exigências dos serviços de saúde possuem amplo espectro, desde dimensões orgânicas individuais até as questões subjetivas e sociais do processo de saúde-adoecimento e do cuidado em saúde. De certo, é preciso objetividade para efetivação das práticas de cuidado a fim de que estas alcancem o máximo de resolubilidade. Dessa maneira, estando as equipes de APS expostas a diversos fatores associados a cotidianidade da vida das pessoas nos territórios, a organização das práticas do cuidado deve centrar-se, eminentemente, no acolhimento, escuta qualificada, autonomização, corresponsabilização e construção de vínculo, foco de discussão desta categoria.

O estudo mostrou que esses arranjos tecnológicos são utilizados no contexto da APS, ainda que de maneira incipiente. Revelou ainda que existem desafios para uso das mesmas, como a dificuldade de integração entre as equipes de NASF e ESF e, também, nuances que envolvem os processos relacionais entre os profissionais e usuários. Todos esses aspectos, que são o cerne deste estudo, serão tratados como subcategorias, a fim de identificarmos cada aspecto com profundidade e a atenção que merecem.

4.2.1 Acolhimento: é preciso compreender para colocar em prática

A Atenção Primária à Saúde é, em primeiríssima instância, a porta de entrada preferencial no sistema de serviços de saúde. Segundo Starfield (2002) é o *locus* de responsabilidade pela atenção aos pacientes e populações no decorrer do tempo. Muito mais que uma diretriz, trata-se, portanto, de uma verdadeira estratégia que visa lançar as bases para efetivação das premissas da APS, ou seja, das principais funções (MENDES, 2002) que a APS deve cumprir, quais sejam, a resolução da maioria dos problemas de saúde da população; a organização dos fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos níveis de atenção do sistema; e a responsabilidade pela saúde de usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam inseridos. Chama-se esta estratégia de *Acolhimento*.

Mas, o que o acolhimento nos revela? Quais são as bases proposta para e/ou pelo acolhimento? Como colocar em prática as suas premissas para organização do cuidado em saúde? É sobre este assunto que esta subcategoria visa tratar. Porém, antes de discutirmos as bases teóricas existentes acerca do assunto, sobretudo usando os referenciais teóricos deste estudo e o arcabouço jurídico do SUS, vejamos o que os dados revelaram. De certo, quando analisamos os discursos a seguir evidencia-se a necessidade de adequação do gerenciamento do cuidado:

Então eu acho que as unidades, elas repensaram essa forma de acolhimento, mas eu acho que ainda precisa melhorar. Melhorou, mas ainda tem muito ainda a avançar. (E13 – Nutricionista).

Na verdade, é o seguinte, não existe. Mas como eu estava falando, a resistência de alguns profissionais, de algumas unidades para entender, eles até entendem, mas eu acho que não fazem a prática do acolhimento, que é necessário fazer. [...] A gente faz também a realização da educação permanente com os profissionais, principalmente com as equipes de Estratégia da Família, que estão de frente ali para fazer esse acolhimento, porque ele existe, ele é necessário, mas a gente tem muita dificuldade nisso, nessa prática do acolhimento. (E19 – Psicóloga).

Porque o acolhimento é quebrado, ele não é muito legal. [...] Eu já vi várias abordagens do pessoal chorando, sério! Eu não estou dramatizando não! O pessoal não tem essa compreensão, esse entendimento que eles devem no mínimo, serem educados com o usuário. Perguntar: “bom dia! E o que é que o senhor está precisando?” Mas é que se você ficar observando, eu acho que se você sentar ali e ficar à tarde ou uma manhã observando, só na observação você já vai tirar como é o acolhimento. (E23 – Enfermeira).

Aí voltando um pouquinho para questão do acolhimento por nível de risco e de necessidade, numa das unidades a gente observou essa recepção recuada, é bem complicado acesso à unidade, chega até a aglomerar. (E14 – Psicóloga).

É possível perceber a necessidade de readequação da prática do acolhimento nos serviços de saúde de APS. Mas, o que seria o acolhimento? Quais suas interfaces no processo de cuidado? É ser educado, apenas? Possivelmente, um dos grandes problemas a respeito da dificuldade de aplicação prática do acolhimento decorre da sua não compreensão. Por isso, vamos a conceituação, e para isso, recorreremos à origem da palavra.

A palavra Acolhimento provém do latim: *ad-* significa “a” e *lligere-* significa “reunir”, “juntar”, “reunir”, “coletar”, “recolher”; esse formado com *com-* significando “junto”, que reunidos formam a palavra *colligere* que, por sua vez, significa “levar em consideração, receber, acolher”. Assim, apenas pela análise da origem da palavra já se observa que ela tem um sentido profundo originalmente, mas que, na língua portuguesa, pode assumir vários significados ao longo do tempo e em qual contexto for inserida. Disso também provém muitas vezes a perda do significado das palavras, levando, muitas vezes, a uma alienação de seu verdadeiro significado, quando não à sua total subversão.

Quando abordados sobre o acolhimento nas unidades básicas de saúde, os profissionais responderam com as seguintes exposições:

O acolhimento inicial que a gente faz aos usuários é reconhecer realmente a realidade de cada indivíduo, ter aquela forma de escuta qualificada. Aquele detalhezinho que a gente pode buscar para poder fazer com que o usuário se aproxime mais e, que a gente possa ter aquela acolhida realmente. Para que a gente possa trazê-lo para perto da gente. Aquela relação realmente entre usuário e profissional. Acho que essa acolhida. Eu acredito que é uma das tecnologias que a gente aplica mais no nosso trabalho do NASF. (E1 – Assistente social).

Então, o primeiro passo do acolhimento é o agente comunitário, aquela primeira ponta que faz a ligação entre a gente e os usuários. Então, a partir do que o ACS visualiza, a partir da necessidade que ele percebe ou que o usuário demanda para ele, ele faz esse primeiro acolhimento e encaminha para o profissional responsável. (E17 – Nutricionista).

Então, em algumas unidades a gente tem essa diferença, quando chega uma pessoa, dependendo da necessidade, da urgência, do que ela está buscando ali, da necessidade, a gente faz esse acolhimento junto com a equipe, porém em algumas unidades ainda não estão sendo feitas, por questões dessa resistência ainda de alguns profissionais. Mas o NASF vem tentando derrubar essas questões, porque precisam ser resolvidos para poder ter um bom serviço, prestar esse acolhimento com mais qualidade àqueles usuários que estão ali chegando e precisando. (E19 – Psicóloga).

O acolhimento é feito através do arquivo, que é a porta de entrada. É lá que acontece, onde é passado todas as informações, onde é agendado, feito todo agendamento de consulta médica e de enfermagem e odontológica, vacina, tudo isso. É feito lá e sempre temos também como parte do acolhimento

aquelas orientações básicas, palestras, sempre temos isso. Não com constância diária, digamos assim, mas sempre tem duas ou três vezes no mês, sempre tem esse acolhimento, de orientar. (E24 – Agente Comunitário de Saúde - ACS).

Nessa perspectiva, o acolhimento, constitui-se como um elemento crucial do processo de cuidar em saúde, ou seja, consiste na complexa, intrigante e necessária gestão do processo de trabalho em saúde, tanto no que diz respeito a seus aspectos in loco, isto é, nos estabelecimentos de saúde da APS e, sobretudo, no ordenamento do cuidado nas redes de atenção à saúde. Esse assunto nos insere em um tema que há muito se discute em termos teóricos, mas, que na prática, ainda carece de se efetivar realmente.

A gestão do cuidado nos serviços de APS e na rede de atenção à saúde não é uma tarefa fácil, haja vista sua abordagem já ter bases teóricas fundamentadas. Contudo, não é impossível, necessitando de um verdadeiro engajamento de todos os atores envolvidos no processo de cuidar em saúde, sobretudo de profissionais e gestores.

Conforme a Política Nacional de Humanização-PNH, lançada em 2003 com o objetivo de colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, gerando mudanças nos modos de gerir e cuidar, o acolhimento é definido como “reconhecer o que o outro traz como legítima necessidade de saúde”, onde nos processos de cuidado, “o acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações”. A política deixa explícito que o acolhimento é construído de forma coletiva, como valor das práticas de saúde, a partir das análises dos processos de trabalho e tem como objetivo a “construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre equipes/serviços, trabalhadores/equipes e usuários com sua rede socioafetiva” (BRASIL, 2015, p.07).

Outros profissionais relataram as seguintes situações quanto ao acolhimento realizado nos serviços de APS:

Ele só é diferenciado do acolhimento, eu acho do meu ponto de vista de PSF quando o usuário ele consegue, ele sabe que ele é cadastrado e ele foi orientado e ele consegue identificar a sua equipe, aí assim, eu percebo que as equipes, os membros, fazem um papel bom de acolhimento. (E23 – Enfermeira).

Todo acolhimento a gente dá desde a casa deles até a unidade. Então, quando eles chegam na unidade, a gente vai lá, estando aqui nos horários que a gente está aqui na unidade a gente acolhe o paciente. Geralmente são os nossos pacientes, a gente já sabe mais ou menos qual é a demanda que ele quer, porque a gente tem contato diário, ou a gente atende os pacientes

do colega também, a gente acolhe sim. (E5 – Agente Comunitário de Saúde - ACS).

É todo um contexto, vê como é ampliado, como é uma situação de saúde que a clínica ampliada precisa estar, precisa existir, esse olhar ampliado. Os idosos ficam para trás, as pessoas com deficiência ficam para trás, os outros passam na frente, então a questão da diversidade e das necessidades individuais não é respeitada e os usuários têm se queixado. (E14 – Psicóloga).

Percebe-se distintas exposições. Alguns profissionais acreditam que existe acolhimento, mas, a grande maioria aponta a necessidade de melhorar as práticas de acolhimento nas unidades de saúde nas quais trabalham.

Diante disso, Pires (2000) corrobora com os achados do estudo, onde as tecnologias de ponta são massivamente usadas nos processos de trabalho em saúde. Contudo, pouco se lança mão das tecnologias que verdadeiramente dão sustentação às práticas de cuidado, concernentes a tecnologias de organização dos processos de trabalho, sendo em sua amplitude os arranjos tecnológicos das relações. Segundo a autora, inexistente uma cooperação entre assistência prestada e instâncias de planejamento coletivo e espaços de avaliação da assistência prestada, levando a inúmeros problemas, como a compartimentalização/ fragmentação dos processos de trabalho, onde cada profissão trabalha de maneira isolada, gerando, muitas vezes, duplicidade de esforços e até tomada de atitudes contraditórias.

Deste modo a especialização do conhecimento, ao invés de propor avanço, gera fragmentação dos processos de cuidado, mecanização e alienação, isto é, perde-se a noção do todo, da finalidade última do trabalho em saúde. Além disso, gera-se uma ideia de que os usuários dos serviços são apenas pacientes, indivíduos passivos no processo e, não seres humanos que tem características individuais e direitos de decidir sobre suas vidas, sendo protagonistas do seu processo de cuidado em saúde.

A falta de uma organização dos processos assistenciais e/ou a deficiência no acolhimento, visto como estratégia de gestão do cuidado em saúde, revela-se, ainda, nas seguintes colocações dos entrevistados:

Mas eu já presenciei em algumas outras unidades que disse: “ah, eu estou passando mal desde não sei quando, não sei o que, quero marcar consulta”. Aí disseram: “não, aqui não é para quem está passando mal, aqui é para atendimento marcado, certinho, porque é atenção básica e quem está passando mal, com dor, vai para UPA”. Mas não fez nenhum encaminhamento, só falou de boca as orientações. Porque, apesar de estar certa, devia pelo menos fazer os primeiros atendimentos e encaminhar. (E7 – Terapeuta Ocupacional).

A gente faz aquele acolhimento inicial muitas vezes também a partir da sala de espera. A gente realiza a sala de espera e a gente pergunta se tem alguma dúvida. Explica que tem os profissionais disponíveis: nutricionista, psicólogo, etc. A gente diz quais os profissionais que a gente tem e, às vezes, eles chamam no cantinho, e a gente vai e faz essa escuta inicial, essas orientações. (E1 – Assistente Social).

A demanda espontânea existe dentro da ESF. Então tem um dia que eu abro só para quem quiser marcar dentro da minha área. Por exemplo, eu fiz o meu exame e tinha 5 cáries, você veio numa demanda hoje, aí tipo, você sai agendada para as consultas subsequentes até terminar o tratamento completo. Agora, as pacientes de áreas descobertas nós não temos mãos e pernas para poder atender. Então, a gente não nega urgência, a gente atende. Chegou com dor de dente, a gente atende. (E22 - Cirurgião Dentista).

As diretrizes do SUS colocam em evidência a importância do acolhimento, como já referido acima, corroborando com os achados do estudo. Assim, o programa Humaniza SUS entende a prática do acolhimento como uma “postura nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde” que “favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e serviços”. Essas atitudes vislumbram ainda, a promoção da cultura da solidariedade e a legitimidade do sistema público de saúde, pois, possibilita o avanço na aliança entre seus atores (usuários, profissionais e gestores) na defesa do SUS como política pública essencial para a população brasileira (BRASIL, 2010, p.03).

Dessa forma, o acolhimento vai muito além do ‘ouvir o outro’ e ‘direcionar para um atendimento específico’, pois pressupõe uma atitude de corresponsabilizar-se pelos casos que surjam nos processos de trabalho, assumindo, para tal, uma postura ética e moral na práxis do cuidado em saúde, incluindo a defesa de um SUS eficaz e eficiente. Tão logo, o acolhimento precisa ser utilizado na perspectiva de uma ampla organização e gerenciamento do cuidado em saúde, que incluirá outras tecnologias leves que lhe darão sustentação.

Nessa perspectiva, entende-se acolhimento como ato concreto ou efeito de acolher, que expressa, dentre suas mais distintas definições, a ação própria de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, de maneira ampla, uma atitude de inclusão. Esta inclusão implica estar em relação com algo ou alguém. Assim, pode-se dizer que o acolhimento é, por sua natureza, uma tecnologia leve, isto é, a tecnologia por excelência das relações, como classifica Merhy (2002).

O acolhimento, no sentido de “estar com” e/ou “estar perto”, demarca-se na PNH (2010) como a diretriz de maior relevância, por isso, e pelo seu potencial iminente, referimos que ultrapassa os limites de uma diretriz, colocando-se como

política de gestão do cuidado. De todo modo, na PNH, o acolhimento enquanto diretriz possui papel de destaque, em termos éticos, estéticos e políticos.

O acolhimento enquanto aspecto ético refere-se ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas singularidades, suas alegrias, dores, modos de viver, sentir e estar na vida. Na perspectiva estética, se insere no encontro com o outro, nas relações humanas, no entrelaçar do dia a dia; invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver. Assim sendo, constrói a própria humanidade. Já enquanto política, implica o compromisso colaborativo de envolver-se neste “estar com”, potencializando e multiplicando protagonismo e vida nos diferentes encontros.

Como os arranjos tecnológicos devem ser usados de modo a potencializar uns aos outros, ou seja, correlacionar tecnologias leves, leves-duras e duras, o acolhimento, como tecnologia leve, se materializa quando se associa, sobretudo, as tecnologias leves-duras, mas também com as tecnologias rígidas. Assim, quando questionados sobre fluxogramas de atendimento internos e externos, ou seja, dentro dos serviços de saúde da APS e nos serviços da rede de atenção, os entrevistados referiram as seguintes questões:

Eles [usuários] sempre têm que vir através da estratégia de saúde da família. A nossa demanda vem através da estratégia, ou que eles sejam orientados pelos agentes de saúde a procurar o NASF ou pelo próprio médico, ou então, pela própria enfermeira. Porque a gente não tem como saber quem é que está precisando dessa demanda, entendeu? Então, a gente realmente fica na espera que isso aconteça. Então, por isso, que a gente tem que ter um bom relacionamento com a equipe para que a gente esteja buscando esse paciente. (E2 – Terapeuta Ocupacional).

Ali na frente [da UBS] tem um fluxograma, na recepção. Hoje em dia se você for vê tem uma pessoa ali na frente que recebe o paciente, pergunta para onde ele vai, encaminhar direito, e aí encaminha, já direciona o paciente para o que ele está buscando. (E4 – Fisioterapeuta).

Hoje em dia é demanda espontânea, não é demanda agendada. Aí o paciente vem a procura dos serviços, como eu já te falei, como consulta médica, consulta com o enfermeiro, teste rápido, vacina, curativo, tudo isso é demanda espontânea. O paciente que está vindo nos procurar com a demanda para ser suprido [...] tem a equipe da Estratégia de Saúde da Família e tem a equipe de demanda espontânea, mas desde a pandemia que todos os dois modelos estão trabalhando como demanda espontânea. (E27 – Auxiliar de Enfermagem).

No âmbito dos diversos modos de organizar, sistematizar e pensar a política de saúde, sobretudo, os microprocessos de trabalho, emerge a observância dos aspectos não apenas quantitativos (nº de profissionais, nº de equipes existentes, etc),

mas, sobretudo, que os serviços atuem de maneira articulada e complementar, extinguindo-se a competitividade. Faz-se urgente a integração dos pontos das redes de atenção, que sejam capazes de responder às necessidades de cada indivíduo e do coletivo, de maneira a promover uma atuação singular, integral, equânime e compartilhada (BRASIL, 2011).

Os diferentes indivíduos, famílias e comunidades produzem, com interesses e formas distintas, suas demandas e necessidades de saúde, sendo necessário levá-los em consideração, cada um com seu devido caráter valorativo. Os entrevistados referiram os seguintes aspectos sobre a prática de articulação dos serviços APS e redes de atenção à saúde:

Pelo o que eu vi, não tem fluxograma. Eu acho que a gente precisa trabalhar com a equipe, dentro desses processos de educação permanente, como é a rede, como é esse fluxograma interno e externo. Eu acho que é um assunto que cria muitos nós críticos e o usuário fica meio confuso, pelo o que eu observei. [...] A gente estava até vendo as linhas de cuidado que a gente pode estar fazendo. (E6 – Terapeuta Ocupacional).

Porque quem está no arquivo sabe que existem dois modelos aqui, da Estratégia e da demanda, aí você pega um cartão de uma criatura dessa e diz “olha, eu vim marcar pré-natal”, aí assim, “me dê o seu cartão”, vejo, no cartão tem lá se você é PSF ou não. E porque fez a criatura vir para pegar ficha? Não, se é PSF vou identificar aqui. Existe Agente de Saúde aí? Existe [...] E o acolhimento, é como eu disse a você, quando eles procuram a pessoa da equipe, a pessoa certa, no geral, também não é 100% não, mas no geral eu observo que o acolhimento que eles fazem é bom. (E23 – Enfermeira).

Nessa perspectiva a APS possui caráter estratégico, organizativo e estruturante da política de saúde, desmembrando-se didaticamente em seus princípios norteadores, mas que na prática funcionam concomitantemente a fim de fazer cumprir os princípios doutrinários do SUS, sob os pilares das diretrizes organizativas expostas na CF/1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90).

A APS tem grande proximidade com o cotidiano da vida das pessoas, famílias e comunidades, como apontados nos resultados deste estudo. Por isso, sua capilaridade e grau de descentralização, pode e deve atuar como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde, concretizando este cuidado em articulação na rede de atenção à saúde, que por sua vez, são formadoras das linhas de cuidado em saúde.

De certo, a APS não pode se caracterizar apenas por ações de promoção e prevenção, como trabalho em grupo, salas de espera, ações coletivas, entre outros,

nem tão pouco se restringir a ações curativas e consultas/atendimentos individuais, pois ambas são necessárias. Dessa maneira, todos os serviços de saúde e profissionais, podem e devem utilizar todos os arranjos tecnológicos (tecnologias dura, leve-dura e leves), diferenciando apenas qual delas terá predomínio nos processos de trabalho. Contudo, é inegável que as tecnologias leves, que se configuram no trabalho vivo em ato, nos encontros entre usuários e trabalhadores, deveriam ser a base dos processos de cuidado, inclusive, modulando a utilização das tecnologias duras e leve-duras.

Quanto aos aspectos relacionados à gestão do cuidado em saúde os entrevistados citaram também as seguintes questões:

Durante a visita se vê a necessidade do paciente, e o agente já agenda. Então, quando eles chegam já tem o agendamento, procura lá as meninas, as meninas já colocam e já é direcionado ao atendimento programado. Os profissionais já sabem quem vai atender, quem não vai e o que vai fazer naquele dia. Agora também existe a demanda espontânea, os pacientes vêm com alguma queixa, dá o nome para as meninas lá na frente, e eles vão para triagem. O que a triagem avaliar, ela vai ou chama a enfermeira, ou já bota direto para o médico, a gente tenta resolver. (E28 – Enfermeira).

Os usuários, eles chegam, sempre fica alguém ali na porta para recepcionar e encaminhar para os locais. Geralmente eles passam primeiro pelo arquivo, que é onde eles colocam o nome no sistema, que aqui a gente já trabalha com o PEC, que é informatizado. Aí vai para o arquivo e chegando lá no arquivo eles conferem se o paciente está agendado ou não. No caso de não estar agendado, eles vêm conversar com a gente sobre a situação do paciente para colocar no sistema e a gente atender. Aí antes de passar pela gente, eles passam pela pré-consulta, aí vão para os atendimentos. (E7 – Terapeuta Ocupacional).

É com PEC, então eles vão para o médico. Então, o médico já lança tudo ali, o histórico deles todinho ali. Se eles pegarem a receita, vão para a farmácia e se for exame eles já vão agendar no CORA, para receber o encaminhamento de fazer o exame. E vem algumas emergências, que vão ser orientados, vamos dizer assim: se acontece um acidente, eles correm para cá, é a primeira visão dele e ninguém vai dar um não, não é? (E25 – Agente Comunitário de Saúde (ACS)).

Parece existir ainda uma dicotomia e disputa subjacente nas práticas de cuidado em saúde, entre as seguintes questões: individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, demanda espontânea e agenda programática, as quais não contribuem para a melhoria dos processos de trabalho, nem impactam positivamente na melhoria da qualidade da atenção prestada e, conseqüentemente, da vida das pessoas, famílias e comunidades. Ao contrário, ajudam a aguçar práticas fragmentadas.

O desenlace da desorganização quanto a gestão do cuidado, ou seja, quando não existe firmemente o entendimento e a *práxis* do acolhimento nas unidades de saúde, reverberam em um processo de trabalho fragmentado, haja vista que o mesmo acontece baseado na imprevisibilidade dos acontecimentos do dia, e não em uma agenda programática que inclusive possibilita uma abertura para as demandas espontâneas que por ventura venham a surgir.

Ainda nesse contexto, verifica-se nas falas dos participantes, outro nó crítico, que consiste na falta de um fluxo organizado dos usuários dentro da unidade de saúde, além da inexistência de uma classificação de risco adequada para organizar as atividades, atendimentos, consultas, entre outros, por ordem de prioridade, como podemos observar a seguir:

Não tem esse acolhimento, imagine uma Classificação de Risco. Que eu imagino se fosse só uma demanda, só o PSF, apesar de que está separado os modelos, a gente poderia, acho que teria mais facilidade de a gente ver essas questões de se fazer uma triagem. Na triagem, na pré-consulta as meninas fazem, mas nada tipo assim, essa coisa aqui eu vou fazer isso, esse encaminhamento, não. (E23 – Enfermeira).

Aqui não há uma escala, mas normalmente a gente tenta fazer uma prioridade com relação à idade. E aí a gente identifica quem tem mais de 80 anos, aí vai ser prioridade naquele atendimento, se é gestante, mas desde que aquilo que ela veio buscar não seja específico para gestante. Então no atendimento de gestante fica difícil de você quantificar qual é a gestante que tem mais prioridade, mas se ela chegou com dor, ela vai ser atendida primeiro. Então, em determinadas situações, como a sala de vacina, fica difícil dizer quem é prioridade ali, porque normalmente são mães com crianças de colo, são idosos, são gestantes, ou seja, é um público que normalmente já é prioridade. [...] A gente até optou por deixar um dia específico de vacina para recém-nascidos durante a pandemia. Porque o que é que estava acontecendo? Os RN chegavam, mesmo a gente colocando como prioridade, mas o pessoal ficava aglomerado em cima, porque já tinha muita gente aguardando. Então foi preciso deixar um dia só para o RN, para que eles tenham esse cuidado, a gente possa ter esse cuidado específico, com esse público que não tem ainda sua imunidade, que precisa ter um cuidado especial, mesmo diante de outras prioridades. (E21 – Auxiliar de Enfermagem).

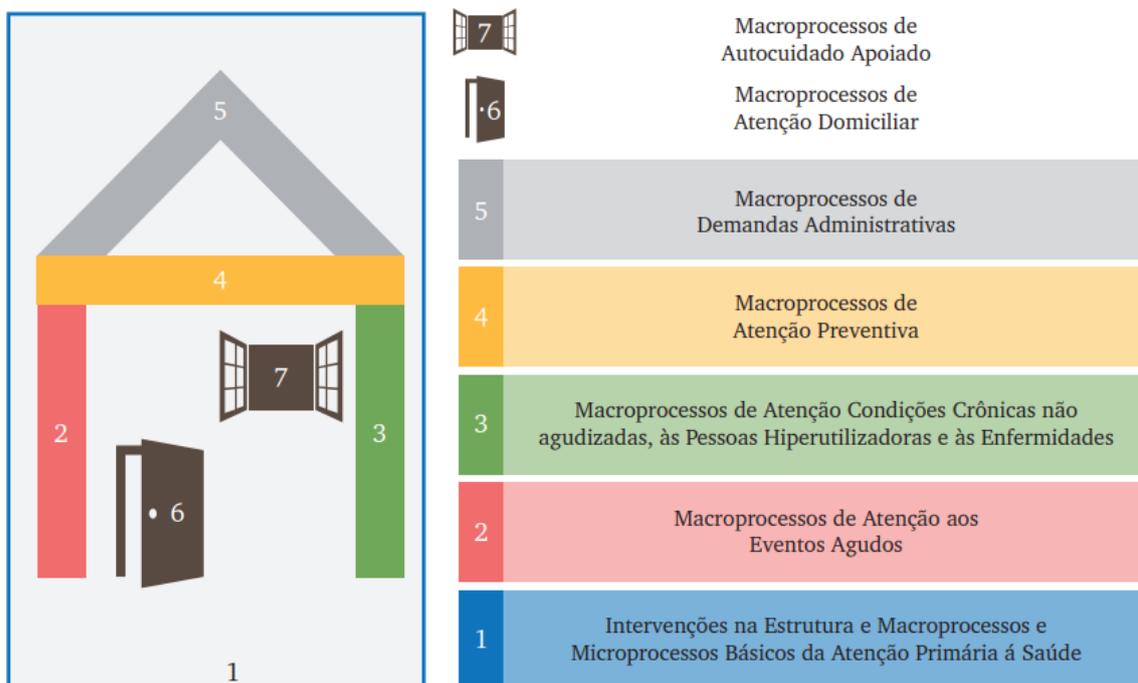
Os discursos mostram a necessidade da organização do processo de trabalho na APS, conforme aponta Mendes (2015), de acordo com os macroprocessos e os microprocessos. Destarte, entende-se por macroprocessos de trabalho aqueles que dão suporte ao atendimento das diversas demandas da população, como por exemplo; a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização.

Estes aspectos elencados precisam de adição de auditoria para seu monitoramento e adequação permanente na dinâmica das equipes de APS. Contudo, dois elementos possibilitam enxergar de maneira segura e eficaz a adequação dos macroprocessos no contexto da APS, são eles: a qualificação das ações e processo de trabalho na UBS e a implantação da agenda programática para atendimento aos usuários.

Por sua vez, os microprocessos, consistem naqueles que garantem condições para prestação de serviços de qualidade, principalmente, no que diz respeito aos aspectos de segurança, desde o primeiro contato até a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde e/ou no seu acompanhamento na sua família/comunidade, onde podemos destacar: recepção dos usuários, acolhimento e preparo, realização dos procedimentos de maneira oportuna e adequada (curativos, vacinação, coleta de exames, etc), atendimentos às demandas na farmácia e/ou nas consultas e procedimentos terapêuticos, entre outros aspectos. Todos esses elementos são pontos chaves que envolve o mapeamento desses micros e macroprocessos e seu redesenho, elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão - POP's, auditoria periódica (interna e externa), dentre outras nuances que envolvem a qualificação da APS (MENDES, 2015).

A figura a seguir mostra a construção social da APS e seus elementos essenciais.

Figura 3 – Construção social da APS para implementar soluções estruturais.



Fonte: MENDES, 2015.

Quando existem muitas práticas de cuidado moduladas pelas tecnologias duras e/ou leve duras, não caracteriza que esses arranjos tecnológicos sejam ruins em si, mas, que existem inúmeros aspectos que precisam ser levados em consideração na melhoria de sua utilização, incluindo o fato de que a resolutividade da APS deixa a desejar no que concerne a capacidade de desenvolver práticas permanentes, contínuas e organizadas em todos os âmbitos do cuidado (prevenção, promoção, tratamento e reabilitação), abrindo o questionamento quanto à eficácia e efetividade de sua ação coordenadora e ordenadora do cuidado em saúde.

Ainda quanto às dificuldades encontradas na implementação de uma classificação de risco e do acolhimento nos serviços de APS destacaram-se os seguintes aspectos nos discursos dos participantes:

Nas unidades em que a gente trabalha não existe classificação de risco em relação ao acolhimento. Não chega a fazer uma classificação de risco, mas agora tem uma certa organização, principalmente para receber esse usuário, para dar mais informações, principalmente em unidades maiores, onde você tem uma gama de serviços, então precisa que aquela pessoa, quando chegue, seja encaminhada para aquele local correto, tenha um atendimento melhor. (E13 – Nutricionista).

Olha, tem um dos postos que a gente observa que tem essa questão do trabalho com acolhimento e classificação de risco. Em uma das unidades, que foi justamente a unidade que passou por um processo de capacitação com a política de humanização, não é? Eles aceitaram, fizeram parte e a gente observa que lá tem esse acolhimento, sim, essa classificação, mas as outras duas não, ainda não foi implantado, não. (E12 – Fisioterapeuta).

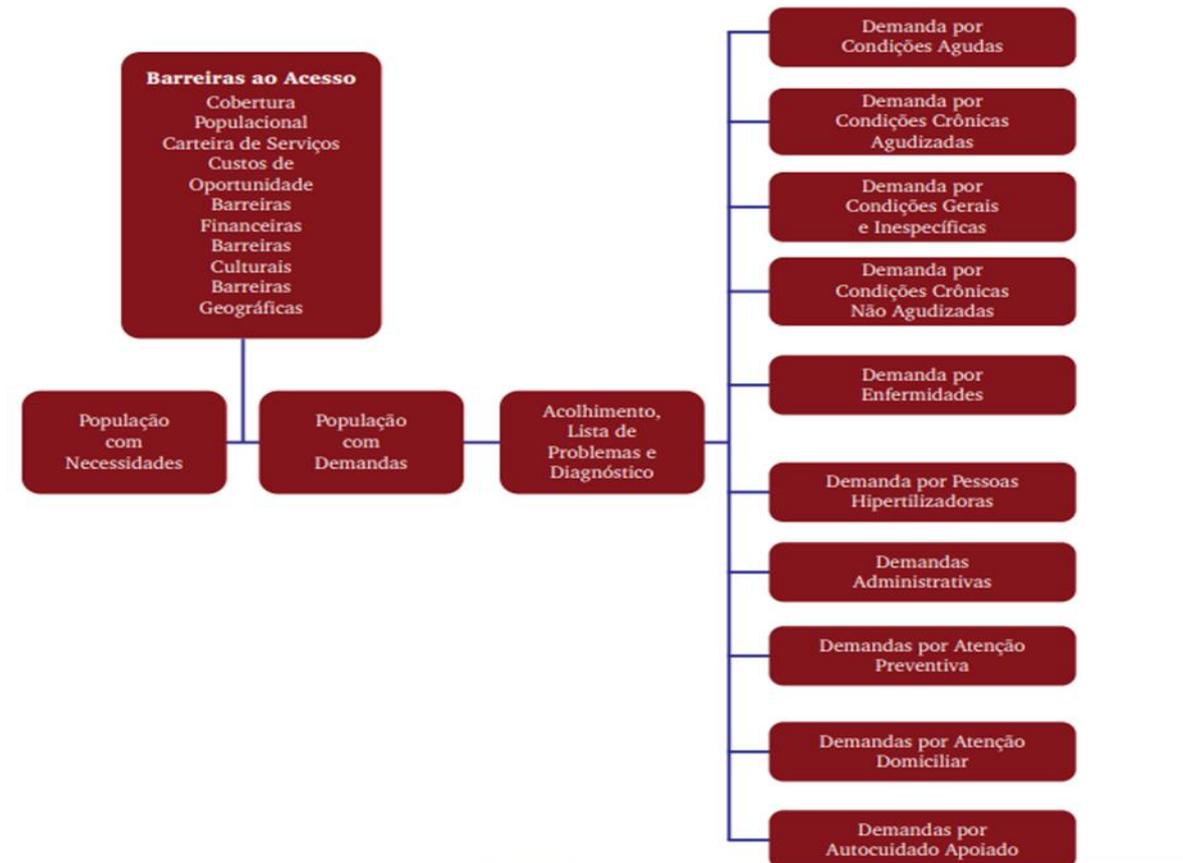
Quando surge essa demanda, no caso assim, atípico, que aparece um paciente que está com a pressão descompensada ou a diabetes, aí as meninas da pré-consulta que vão fazer essa seleção, e encaminhar para qual profissional que ele vai. Geralmente vai ser para o médico, quando tem essa descompensação, mas no caso a enfermeira dá esse suporte muito bem. Por exemplo, a agenda, que já é preconizada pelo Ministério da Saúde [educação em saúde], e a gente faz essa classificação de acordo com a demanda de cada área. (E9 – Agente Comunitário de Saúde - ACS).

A gente não tem essa classificação não. A classificação é assim, porque como aqui é prevenção, pode chegar uma doente, e aí o que acontece, eles vêm, marcam a consulta lá no arquivo. Porque o sistema agora é todo interligado, no momento que ele marca a consulta, aí naquele dia o nome dele já vai estar na sala da pré-consulta, da sala da pré-consulta já vai para o médico. Quer dizer, o computador em rede. (E25 – Agente Comunitário de Saúde).

Segundo Mendes (2015), de maneira geral, a APS conta com diferentes tipos de perfis e/ou necessidades, o que também se demonstrou nas falas dos entrevistados. Dessa forma, para o autor, a construção social da APS carece do

desenvolvimento e implantação das estruturas e dos processos que possibilitam dar respostas satisfatórias às distintas demandas, por conseguinte, emerge a necessidade de implementar soluções estruturais e processuais nos principais perfis de oferta, conforme podemos verificar na figura a seguir.

Figura 4 – Os diferentes perfis da APS.



Fonte: MENDES, 2015.

Nesse contexto, podemos analisar alguns discursos quanto aos aspectos de ordenamento do cuidado nas redes de atenção à saúde apontadas pelos entrevistados:

Porque assim, a gente tem casos, por exemplo, que o médico vê a necessidade de uma internação, mas ele não tem acesso ao sistema de internação. Então é toda aquela burocracia, ele encaminha o paciente pelo sistema CORA, que não funciona. Então tem essa relação, quando necessita de um especialista que foge da demanda do médico clínico. Ele encaminha, mas dependendo da especialidade, às vezes, passa meses, ano, e não consegue. A questão dos exames mais complexos também é uma dificuldade muito grande. Aí o quê que acontece? Você tem um paciente que veio, na primeira vez o médico faz todo procedimento, faz toda a conduta necessária e depois ele retorna dois ou três meses depois com a mesma problemática. E o médico só vai repetir tudo que fez, porque aquilo que o médico pediu, os

exames complexos, ou no caso de internação, ou seja, não resolveu. (E9 – Agente Comunitário de Saúde – ACS).

Da parte da fisioterapia eu faço muito encaminhamento para clínicas que possam obter reabilitação. Agora assim, não só faço encaminhamento para algumas clínicas, quando eles têm condições de levar a pessoa à clínica, como também eu encaminho para o SAD, que é o serviço de atendimento domiciliar. (E20 – Fisioterapeuta).

Ainda é muito falha e desorganizada essa questão. É coisa rara quando você tem uma resposta das contra referências, é raro quando, você, tipo, encaminha e você tem uma resposta daquele paciente de volta, existem pouquíssimos casos. Sim, existe essa demora! Os exames laboratoriais deram uma melhoria, mas assim. (E23 – Enfermeira).

Nos diversos contextos e encontros reais entre usuários e trabalhadores da saúde, encontrar-se-á, em maior ou menor grau, a prática do acolhimento, seja nos atos de receber e escutar as pessoas, ou de estar presente e se envolver nas muitas nuances que o envolve. Em outros termos, o acolhimento, *a priori*, não pode ser caracterizado como bom ou ruim, mas, deve ser visto como prática desafiadora de encontro com o outro nas relações, sobretudo, de cuidado, de troca de saberes, de compartilhamento de alegrias, dores, angústias, necessidades e reciprocidade entre os atores envolvidos.

Desse modo não devemos perguntar se existe ou não acolhimento, em outra perspectiva, é aconselhável analisar como ele se dá ou de que forma ele pode ser promovido e articulado para sua realização plena. Partindo dessa perspectiva, vejamos outros apontamentos dos entrevistados quanto ao acolhimento nas unidades de saúde em que atuam:

Essa é a parte crucial de fato, eu creio que toda unidade de saúde, que é a contrarreferência, temos muito pouco. A oferta é muito pouca para uma demanda que cada vez cresce mais, tem especialidades que são necessárias. A gente percebe que vem puxando muito para área de psiquiatria, e com a pandemia isso se acentuou mais ainda, a demanda. A contra referência em relação a esses profissionais é muito defasada, muito precária. Então, praticamente, digamos assim, a atenção básica fica inchada com esse tipo de demanda. O CORA, que é o centro de regulação de consultas e agendamento de consultas para as especialidades, ele não dá conta e aí os usuários ficam permanecendo na unidade básica, só transcrevendo receita, sem ter um profissional para orientar e para ter aquele acompanhamento, aquela atenção, aquela acolhida de fato do profissional especialista. Então essa rede de atenção é muito falha, muito falha, quando você precisa de uma especialidade ela falha demais. (E24 – Agente Comunitário de Saúde).

Aqui não é local para urgência, para emergência. Já encaminha e já orienta para ir para a UPA, certo? Porque eu sei que a atenção primária não é para atendimento de urgência e emergência, mas como é porta aberta deveria acolher esses usuários, verificar pressão, a glicemia, dar alguma orientação

e até se precisar, se tiver mesmo passando mal, fazer uma articulação com a SAMU, chamar a SAMU, fazer a orientação e encaminhamento. (E7 – Terapeuta Ocupacional).

A gente faz o atendimento do paciente, aí, às vezes, quando a gente precisa referenciar para algum lugar, a gente raramente tem retorno. Muito raramente, se conta nos dedos, nesse tempo todinho que eu estou trabalhando. E outra coisa, quando a gente referencia, geralmente, quem recebe sequer observa a referência que a gente fez. Muitas das vezes eu já fiquei sabendo que por aí, nas UPAs, nas urgências, eles sequer lêem o que a gente manda escrito, e coloca o paciente como qualquer paciente que chegasse lá na entrada, então a gente tem muita dificuldade com relação a isso, porque realmente não existe um elo, que deveria existir! Porque o SUS, ele é uma coisa só. Deveria existir esse elo. Se eu referencio uma gestante para maternidade, chegando nessa maternidade, deveriam mandar pelo menos escrito alguma coisa do que aconteceu com relação a paciente, porque já que eu encaminhei, deveria ter um retorno e não tem. Não existe isso com o paciente, de forma nenhuma, é muito, muito, muito, muito raro isso acontecer. (E8 – Enfermeira).

Os discursos dos entrevistados revelam que o elo entre a APS e a rede de atenção à saúde encontra-se fragilizado, necessitando de intervenção. Pois, a atenção primária tem em seu escopo legal o papel de desempenhar a coordenação e ordenação do cuidado (BRASIL, 2017). Assim sendo, podemos pensar nos modos diversos de acolher e, qual o papel de cada um nesse processo, ao passo que o acolhimento deve, não apenas ser efetivado na APS, e sim, em todos os serviços que compõem o SUS. Isto porque tanto a APS como os outros pontos da rede de atenção devem matriciar seus pacientes nas linhas de cuidado em saúde, vislumbrando o alcance efetivo dos princípios norteadores do SUS, quais sejam, integralidade, universalidade e equanimidade.

Analisando o contexto geral dos discursos quanto ao acolhimento, classificação de risco e ordenamento do cuidado nas redes de atenção, fica evidente a necessidade de organização dos processos de trabalho e gestão do cuidado.

Tomando por base as ideais centrais de Mendes (2015), quando fala da construção social da APS e sobre a Rede de Atenção à Saúde - RAS, destaca-se que os problemas não permeiam a esfera puramente estrutural (falta de médicos, de material e equipamentos), mas, sobretudo, da inadequação ou falta do uso das tecnologias leves. Logo, os desafios nos processos de cuidado em saúde no contexto da APS estão ligados fortemente a concepções contorcidas do papel da APS, as responsabilidades de cada ponto da rede de atenção, os fluxos e gerenciamento dos processos de cuidado, o modelo de atenção à saúde predominante (modelo centrado

na doença), a fragmentação do cuidado, a ausência de trabalho integrado entre as equipes de saúde, a falta de equipes interdisciplinares (no real sentido da palavra), a inadequação da formação e processos educacionais (incluindo a educação permanente dos profissionais da saúde), a ausência da prática baseada em evidência, a precarização das relações de trabalho (tecnologias relacionais), a fragilidade e deficiência do sistema de regulação/gerencial nas redes de atenção (referências e contra referências inadequadas ou mesmo inexistentes), entre outros aspectos.

As evidências encontradas neste estudo revelam que as tecnologias leves do cuidado ainda precisam alcançar sua plena compreensão pelos profissionais, gestores e usuários e, não apenas isso, mas, sobretudo, a sua efetividade prática. O acolhimento, elemento essencial para gestão do cuidado em saúde, é amparado por outras tecnologias leves como a escuta qualificada e a valorização da subjetividade, que dão sustentação e qualificam a prática do cuidado em saúde no contexto dos serviços de saúde, e que, serão discutidas na subcategoria a seguir.

4.2.2 Escuta qualificada e valorização das subjetividades: ferramentas para a integralidade

Muitas são as dimensões da produção do cuidado em saúde, e também, muitos são os desafios quando tratamos da defesa da vida e da garantia do direito à saúde. Vimos anteriormente o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão do cuidado em saúde, vislumbrando o alcance de relações de confiança e compromisso entre os atores envolvidos, profissionais, gestores e trabalhadores da saúde. Dentro outros aspectos que compõem o cuidado em saúde, daremos destaque agora a atos que legitimam a prática do acolhimento, que são a escuta qualificada e a valorização da subjetividade no cuidado em saúde na APS.

Sobre a escuta qualificada alguns entrevistados trouxeram os seguintes apontamentos:

A gente tem uma escuta sensível para poder ter um vínculo com esses usuários que a gente vem trabalhando. Então, quando o usuário chega na unidade de saúde a gente faz aquela escuta, aquela escuta sensível, a gente percebe muitas vezes uma necessidade dele, que, muita às vezes, não é nem questão de saúde, mas vai além, de uma assistência social, de algo assim, de uma vulnerabilidade que ele está passando. (E19 – Psicóloga).

Eu consigo na maioria das vezes também, nem sempre se consegue! Mas eu procuro, até porque eu tento fazer as minhas coisas e ter esse espaço, porque eu acho que essa questão da escuta, e percebo e detecto que quando se faz uma escuta qualificada, que você deixa mesmo, você detecta coisas que

passou pelo outro profissional e não foi identificado, não foi. (E23 – Enfermeira).

Conseguimos sim fazer uma escuta com qualidade, porque eu falo como enfermeira, a gente consegue pegar ele e vê ele como um todo, onde ele está inserido, na família, na comunidade. Isso aí a gente consegue e mantemos um vínculo sim. Nós temos vínculo com a nossa comunidade. Quando chega um novato, aí já pega, a gente começa a ver e eles criam um vínculo com a gente, de trabalho, de tudo, já sabe como é, uns já se educam naturalmente. (E26 – Enfermeira).

A escuta qualificada pode ser entendida como ato pela qual direcionamos todo nosso entendimento e intelecto para assimilar de maneira atenta e consciente o outro. Duarte et al (2017, p.420) expõe que a escuta qualificada se apresenta como uma importante ferramenta para conhecimento das demandas advindas dos usuários, por conseguinte, possibilita contato direto com outro, desvelando suas necessidades e os fatores que influenciam direta ou indiretamente no seu processo de produção do cuidado.

Para o autor é através da escuta que se apresenta a possibilidade de identificação de riscos e vulnerabilidades, não apenas voltado para fatores biologicistas, apesar destes também serem levados em consideração, mas sim na interação com o outro, levando aos profissionais de saúde a intervirem de maneira preventiva diante das queixas apresentadas.

Os discursos a seguir evidenciam outros apontamentos e dificuldades sobre a escuta qualificada e as necessidades de relações solidárias:

Agora está mais difícil, porque a escuta qualificada e o vínculo são mais nos grupos. Como a gente só está voltando aos poucos com os grupos, só tem um grupo que está voltando agora, que eu não sei nem se a gente vai continuar, porque está vindo a segunda onda da pandemia, não é? Porque são com as idosas, que são grupo de risco, aí está mais difícil. Mas quando a gente consegue fazer uma escuta qualificada, a gente para e consegue fazer com o usuário, mas, na maioria, a gente não está conseguindo, porque está fazendo mais só sala de espera, educação em saúde mais em sala de espera, que é com a pessoa que não tem como fazer uma escuta qualificada. Agora, a gente sempre pergunta se alguém quer um acompanhamento, tirar uma dúvida mais próxima, aí a gente pode marcar e a gente conversa. Como já aconteceu uma vez com a psicóloga, a gente fazendo uma sala de espera sobre um determinado assunto e a moça quis conversar mais intimamente com a psicóloga, a psicóloga pegou e a gente sentou, não tinha nem mais sala, aí a gente sentou, reservadamente, na sala dos ACS e ela conversou com a com a moça. Quando a gente consegue, a gente realiza, mas no momento, por causa da pandemia, a gente está com menos vínculo com os usuários.

Segundo preconizado pela Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2004, p.12; BRASIL, 2009, p.24) escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato dos indivíduos ainda que aparentemente não esteja diretamente relacionado para o diagnóstico e/ou tratamento, mas que pode estar intimamente relacionado quando desvelado em um contexto maior.

Dessa forma, a atitude de escuta requer que os usuários reconstruam significados, e para isso, é necessário respeitar os motivos que ocasionou o adoecimento, levando em consideração as correlações que são apresentadas pelos usuários. Portanto, é necessário escutar atentamente e assimilar quais significados a pessoa assume para seu atual estado, seja de adoecimento ou não. Vejamos outros apontamentos referidos pelos entrevistados quanto a escuta qualificada e suas interfaces com o cuidado em saúde:

E aí quando você fala de escuta qualificada do paciente, eu posso dizer que a gente pode aprimorar mais, mas tem uma certa qualificação na escuta, tem. Eu escuto o paciente como um todo, para mim não interessa só a dor de dente, não. A gente conversa, eu pergunto se tem filhos e dou orientação. A gente passa orientação e de acordo com o que ela diz, a gente fala, dentro da realidade dela. Não adianta dizer: “olhe, use fio dental todo dia, três vezes ao dia”, a mulher não tem um fio dental para usar, não tem nem um pão para comer. Mas diante do que a gente pode, a gente fala, dá até ideias a ela em questão de cortar a bolsa de plástico e lavar para passar entre um dente e outro. Então assim, de acordo com o que ela me diz eu vou ter a percepção, eu vou traduzir da forma como eu possa orientar, isso é qualificação da escuta também, desde o momento que eu me preocupo com ela de forma geral. Então para mim, é uma escuta qualificada, eu posso não ser resolutivo, não ter resolutividade, no sentido de saber tudo que ela tem e poder resolver o problema, e a gente tem nossas barreiras, nossos entraves, a gente só vai até aqui, dali já não é mais a gente, não pode fazer outras coisas. Mas no sentido de qualificar, poderia até melhorar, não tenho dúvida disso. (E22 – Cirurgião Dentista).

À medida que os profissionais de saúde desenvolvem a habilidade de escuta qualificada e de diálogo com os usuários, surge a possibilidade de ajudá-los a ressignificar as situações vivenciadas, pois, os profissionais aplicaram energia para melhor direcionar suas ações e atitudes de produção do cuidado em saúde. Porquanto, segundo Duarte et al (2017, p.420), a aplicação da escuta qualificada nas relações de produção do cuidado possui vantagens inigualáveis, como a concretização da integralidade durante o processo de trabalho em saúde, e ainda, a efetivação de outro princípio doutrinário do SUS, a equidade.

Então, assim, dá para ser uma coisa, assim, até mais qualificada. Porque, a gente não tem um espaço. Onde o paciente pode ficar mais à vontade para

conversar. Então, até isso impede de ter uma escuta com mais vínculo e de mais qualificação. (E2 – Terapeuta Ocupacional).

Bom, a gente sempre valoriza a fala, a história deles. Tenta entender como é que ele lida com as situações, como é a percepção dele sobre tudo, sobre a vida, sobre a saúde, sobre a doença dele, que ele apresenta, sobretudo, sobre os significados de tudo para ele, de todo o contexto. (E12 – Fisioterapeuta).

A escuta qualificada é potencializada por fatores relacionado a ambiência, como a estrutura das unidades de saúde, mas, necessariamente não pressupõe lugares excepcionais, pois, aguardar para se ter um consultório super equipado, ou outros fatores estruturais de excelência, pode ocasionar na impossibilidade de aplicação da escuta qualificada, sobretudo no contexto dos serviços públicos de saúde.

Destarte, não se pode negar, que existem alguns fatores que podem interferir negativamente na capacidade de escutar, quais sejam: de maneira inconsciente ou consciente, interrompemos a fala do outro gerando juízos prematuros; quando distraímos o emissor agindo de maneira desinteressada, como por exemplo usando o celular enquanto o outro fala; quando o ambiente, a estrutura física, contribui de forma negativa, reduzindo a capacidade de escutar, com distrações, ruídos, etc. A falta de humildade e sensibilidade nos impede de valorizar a fala do outro, sendo, dessa forma, egocêntrico. Além disso, gastamos tempo e energia pensando no que iremos falar, ao invés de apenas escutar atentamente o que a pessoa a ser cuidada tem a nos revelar (ALBUQUERQUE, BRÊDA, 2015, p.58).

Nesse contexto, quando a escuta qualificada não é aplicada nos encontros entre trabalhadores e usuários, e mesmo, com outros atores da produção do cuidado, a atenção a saúde fica prejudicada e, com a não aplicação desse princípio primordial na atenção à saúde, leva-se, por exemplo, a não existir priorização dos atendimentos e replicação da lógica de distribuição de fichas ou mesmo por ordem de chegada, sendo esta prática incompatível com as diretrizes preconizadas para atuação da APS, que deve pautar-se no acolhimento e classificação de risco dos usuários, agenda programática, a fim de garantir uma assistência qualificada.

Ainda com relação a este aspecto podemos verificar os seguintes discursos:

Então assim, a gente faz uma sala de espera sobre diabetes e sempre tem um que chama gente para conversar, para falar da história de um familiar. Então a gente escuta e a gente vê o que pode solucionar, ver no que a gente pode ajudar. (E10 – Fisioterapeuta).

Eu acho fundamental [escuta qualificada], principalmente assim, por exemplo, a gente sempre faz as atividades de educação em saúde e depois sempre tem algum usuário que vem chamar a gente, fala sobre determinado assunto, alguma dúvida, alguma situação que eles estão enfrentando e aí a gente vai articular com a equipe da Estratégia para ver como é que a gente pode resolver. Já agenda uma visita. Após essas atividades sempre têm demandas. Então sempre tem essa escuta depois das atividades e nas visitas domiciliares é que tem mesmo. Aí que a gente realiza mesmo. Mas tem em ambas as atividades, e na de saúde do trabalhador também, que a gente faz essa escuta principalmente com os atendimentos individuais, a gente realiza essa escuta qualificada com esse profissional. (E6 – Terapeuta Ocupacional).

Eu acredito que quando se está fazendo um atendimento específico, se consegue, sim. Inicialmente dá para fazer essa escuta qualificada entre o profissional e o usuário. Em um atendimento de grupo, às vezes isso não é possível, mas em um tratamento específico dá sim para ser realizado, principalmente dentro do consultório. (E21 – Auxiliar de Enfermagem).

Observa-se que existe uma confusão acerca dos conceitos de escuta qualificada e acolhimento, devido à existência de várias definições para o termo “acolhimento”, que como referimos anteriormente é polissêmico. Assim, muitos profissionais não compreendem que existe uma distinção fundamental entre os dois termos, o que acaba por impossibilitar a implementação da escuta qualificada.

A escuta qualificada consiste apenas em uma estratégia do acolhimento, onde necessita de profissionais direcionados para desempenho dessa escuta, num local adequado, e por tempo indeterminado dentro do serviço de saúde. Enquanto que o acolhimento é amplo, não sendo um espaço nem um local, mas uma postura ética, sem hora, nem profissional para realizar, haja vista que não é uma triagem, mas uma ação que pode e deve acontecer em todos os passos e momentos da unidade de saúde (BRASIL, 2010; DUARTE et al, 2017).

De acordo com Albuquerque e Brêda (2015), a escuta sensível proporciona a possibilidade de dar um mergulho no outro, fazendo com que haja um desligamento do próprio eu, para que assim haja um entendimento do mundo em que o outro se insere e que tenta desvendar, revelando sua realidade, seu modo de enxergar o mundo, seu modo de viver e sentir, sua cultura, crenças, princípios e valores morais.

Outrossim, escutar é um ato propriamente de olhar dentro do outro, sendo esse olhar desprovido de julgamentos e preconceitos, possibilitando uma conexão com o mundo do outro para superar barreiras que impede os entrelaçamentos interrelacionais de ver a essência do outro eu e de seu universo vivenciado. Na escuta qualificada, a produção do cuidado em saúde sustenta-se pelo alicerce que é a família

e a rede socioafetiva dos indivíduos, conforme podemos destacar nas falas de alguns entrevistados:

Acho que a gente permite, sim, essa escuta qualificada, a partir do momento que a gente se desprende para fazer o atendimento do paciente, seja ele na visita domiciliar seja ele no ambulatório, de forma compartilhada ou não. Então, eu acredito que exista, sim, a escuta qualificada. (E18 – Profissional de Educação Física).

A escuta qualificada a gente consegue, mas dentro de uma clínica ampliada, buscando circular esse indivíduo dentro da comunidade de serviços de saúde, não na dependência do profissional, ali, como o psicólogo da unidade, mas é um vínculo. Eu não estou falando de apego. (E14 – Psicóloga).

De todo modo, quando a escuta se encontra inadequada, produz-se uma assistência prejudicada, gerando processos fragmentados de cuidado e mesmo ineficazes, haja vista que pouco se consegue captar das singularidades que permeiam o humano, a variabilidade e imprevisibilidade que constituem o ser assistido em seu processo de saúde-doença-cuidado.

Conforme aponta Merhy e Feuerwerker (2016) a excessividade de focar em aspectos biológicos nas práticas de cuidado em saúde, tem levado ao problema de esvaziamento do interesse pelo outro, pois as práticas são baseadas em procedimentos, com escuta empobrecida. Logo, as ações de saúde perdem sua dimensão cuidadora e, mesmo com o avanço científico, elas se mantêm sem força e eficácia, já que a lógica do cuidado deixa de levar em consideração a ação/cooperação de quem está sendo cuidado, e por fim, deslegitimando outros saberes tão importantes na produção de saúde.

Assim, não realizar uma escuta qualificada resultará apenas no processo protocolar em que não se considera a subjetividade do usuário, bem como do profissional, que se encontram e entrelaçam histórias, experiências e emoções inevitáveis quando se trata do uso de um arranjo tecnológico relacional, como é o caso da escuta sensível. Nesse contexto, surge a necessidade de realizar uma escuta qualificada, mas também levando em consideração as subjetividades dos usuários:

Sim, nós fazemos uma escuta qualificada, com certeza. Nós fizemos um PTS, um Projeto Terapêutico Singular, com a usuária de uma das unidades, e aí a gente percebeu ao longo do processo, porque o PTS não é feito de um dia pra noite, ele leva um tempo, nós percebemos que hoje ela está bem melhor, mais consciente de que ela que deve, ela mesma deve se cuidar, entendeu? Assim, foi um processo um pouco longo. Esse PTS eu acho que durou um ano e pouco, mais ou menos, porque foram várias visitas, então eu acho, eu acredito na escuta qualificada, no acolhimento, no saber profissional para compartilhar com outros, nessa integração entre as equipes. (E11 – Assistente Social).

A ferramenta de gestão do cuidado que leva em consideração as singularidades na APS é o Projeto Terapêutico Singular, que de acordo com as diretrizes do SUS caracteriza-se como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas” (BRASIL, 2009, p.39).

O PTS associado a outras ferramentas de gerenciamento do cuidado na APS, como ecomapa e genograma, possibilita o alcance dos princípios do SUS, sobretudo, a integralidade e equidade, pois são instrumentos usados nos processos de trabalho que visam operacionalizar as práticas de produção de saúde, bem como articular as demandas advindas das subjetividades dos usuários, famílias e comunidade nas unidades de saúde da APS, mas também de maneira ampla nas linhas de cuidado inseridas nas redes de atenção à saúde.

É notório que o potencial de aplicação dessas ferramentas, configura-se no pontapé inicial da coordenação do cuidado que é a escuta qualificada e sua inter-relação com a prática do acolhimento. Voltaremos a este assunto em outros momentos, haja vista que essas tecnologias leves-duras (PTS, genograma, ecomapa) materializam a práxis da APS foram pouca evidenciadas nesse estudo, apesar de elas serem determinantes no cuidado em saúde e ganharem vida a partir do uso das tecnologias das relações, como escuta qualificada, acolhimento, valorização da subjetividade, autonomia, entre outras, tão importantes na produção e cuidado em saúde.

Albuquerque e Brêda (2015, p.58-59) apontam alguns fatores que podem favorecer o ato de escuta nos serviços de saúde, como: ficar em silêncio, já que este possibilita que o outro fale e o ouvindo se compreenda de maneira adequada a mensagem transmitida; não ter pressa, não interromper a fala do outro, dispondo todo o tempo necessário para o outro dizer tudo de maneira clara e consistente; ser empático, colocando-se no lugar do outro e tentando de maneira mais ampla possível assimilar o que está sendo dito, para melhor compreender o que realmente o outro sente e lhe expõe; escolher um ambiente propício, um local livre de ruídos e interrupções por outras pessoas, com clima agradável, calmo e acolhedor; caso não seja possível encontrar um lugar adequado se esforçar por colocar sua atenção no que esteja sendo dito; compreender as questões culturais, como sotaques, linguagem, etc.

As autores recomendam ainda a importância de: concentrar-se na fala da pessoa a ser cuidada, mantendo a mente livre de outros assuntos, preocupações, atividades e/ou problemas pessoais; olhar para o outro, procurando desvelar as expressões e atitudes daquele que fala, pois isso pode expressar várias subjetividades importantes no cuidado em saúde; evitar fazer anotações enquanto o outro fala, mantendo seus olhos e ouvidos atentos, o que favorece a concentração e melhor interpretação da mensagem; fazer perguntas quando for oportuno para melhor compreender o que está sendo dito; demonstrar interesse no que está sendo dito; lembrar que escutar pode resolver os problemas, pois só de proporcionar o outro a oportunidade de se expor já é um processo de cuidar e garante a elaboração de um plano terapêutico seguro e eficiente (ALBUQUERQUE, BRÊDA, 2015, p.59).

A escuta qualificada emerge como uma ferramenta que permite a produção de relações envolvidas no encontro interpessoal, onde se legitima o interesse pelo outro, na construção de vínculos e laços de confiança. Esse arranjo tecnológico (tecnologia leve) possibilita captar as singularidades, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, ampliando o raciocínio clínico do profissional de saúde (MERHY, FEUERWERKER, 2016, p.7).

Adiante, podemos verificar outro discurso que coloca em foco a necessidade de valorização das subjetividades dos usuários nas práticas de cuidado na APS:

Então, a gente tem essa escuta para poder identificar isso e poder ajudar da melhor forma possível no direcionamento daquele usuário, porque às vezes ele busca ali o posto, a unidade de saúde, mas às vezes não é saúde em si, mas sim uma questão, vamos supor, financeira, que mexe, querendo ou não, com a saúde, que é o psicológico do usuário. E muitas vezes chegam muitos usuários, eu falo isso por questão da psicologia, chegam lá e às vezes não é algo, ele não está precisando tanto deste atendimento médico, nada disso, ele quer apenas uma escuta e orientação para poder resolver aquela necessidade dele, ali no momento. Então, a gente trabalha muito essa questão da escuta, desse vínculo, dessa aproximação com o usuário. A gente tenta muito ver no contexto social da pessoa, essa questão da história da pessoa, de como ela chega, na verdade, na unidade. Então a gente busca muito isso, essa reflexão do entendimento do indivíduo e assim, a influência do meio social no qual ele está inserido e aí a gente trabalha muito, porque é um conjunto na verdade. A gente tenta fazer com que a gente consiga valorizar isso, ter essa empatia para poder ajudar aquele indivíduo que está ali. (E19 – Psicóloga).

Coloca-se em pauta, por Merhy et al (2016, p.269), que o profissional de saúde pode produzir o cuidado apenas para algumas pessoas. Isso decorre do fato

de que ao desconsiderar o valor de uma vida, não implica desconsiderar a todas, mas, a atitude de selecionar as vidas que devem ser consideradas limita o cuidado em saúde que deve abarcar todos de maneira equânime.

De todo modo, a prática existe e está impetrada pelas experiências de vida e racionalidades de cada profissional, mas que são afetados diretamente em cada encontro com os usuários. Assim, o cuidado em saúde não pode se ater somente a questões concretas e objetivas, apesar destas serem importantes, é necessário considerar as nuances e subjetividades dos indivíduos implicadas na produção do cuidado.

Nessa perspectiva um profissional de saúde em sua prática deve mobilizar ao mesmo tempo seus saberes e modos de agir, pois todas as dimensões do cuidado precisam ser da mesma maneira valorizadas e colocadas em um plano horizontal que potencializará a produção de saúde. A seguir, podemos averiguar outros achados acerca da necessidade valorização das singularidades na produção do cuidado em saúde:

E a gente sempre ia em território, assim, que a gente não conhecia ainda o sujeito, a gente se aproximava, fazia todo aquele acolhimento, se apresentava, falava que a gente era uma equipe que realizava esse cuidado para essas pessoas que estava em situação de rua, que faziam o uso de álcool, se ele tinha alguma demanda, se ele precisava de algum insumo, de alguma necessidade de saúde. (E6 – Terapeuta Ocupacional).

Varia de profissional para profissional e de usuário para usuário. Então, por exemplo, tem pessoas que no trabalho a gente consegue avançar em algum sentido, do mesmo jeito é com usuário e com outras pessoas é mais lento, às vezes é mais demorado. A questão da instrução, do grau da instrução afeta de certa forma, aos usuários, e eu acho que aos profissionais, o processo de formação, eu acho que pode ser o que mais influencia mesmo. Às vezes, assim, talvez até a forma como a própria gestão cobra as coisas. (E12 – Fisioterapeuta).

Porque são várias questões que surgem aqui. Então são muitas expressões da questão social que existem na comunidade, que o agente de saúde traz para unidade de saúde e aí a nossa atuação é em conjunto, dependendo da questão, da questão do usuário, da problemática do usuário, e aí vamos ver quais são as necessidades para intervir naquela situação problema. (E11 – Assistente Social).

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009, p.05) dar ênfase a necessidade de valorização de todos os atores implicados no processo de cuidado em saúde, quando afirma que “por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção do cuidado”, bem como, os valores que norteiam a PNH são a “autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a

corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde”.

Cabe destacar que, entre outros aspectos, a valorização da subjetividade está pautada nas diretrizes do SUS, de maneira a qualificar suas práticas geradoras de saúde. Trataremos a seguir, em outras subcategorias, da autonomia e corresponsabilidade em saúde, vista neste estudo como arranjos tecnológicos relacionais e importantes no processo de trabalho da APS.

4.2.3 Promoção da autonomia e corresponsabilização: tecnologias relacionais que qualificam o cuidado em saúde

É inegável que a produção do cuidado em saúde, necessariamente, empreende-se coletivamente e cooperativamente entre todos os atores (usuários, profissionais e gestores), que se dá num encontro de relações que tem como imperativo o diálogo e interação de maneira contínua. Dessa forma, é por meio dessa rede de relações entre os sujeitos que se constituem as práticas de corresponsabilização e produção da autonomia das pessoas implicadas, desdobrando-se e articulando a indissociabilidade existente entre produção de subjetividades e produção do cuidado em saúde (BRASIL, 2010a).

Nessa perspectiva, a promoção da autonomia e a corresponsabilidade encontram-se como ferramentas relacionais inexoravelmente implicadas na produção de saúde. Sobre este assunto alguns profissionais relataram:

Sim, com certeza, a gente faz sim com que eles se cuidem [promoção da autonomia]. Quando a gente faz o trabalho de promoção e prevenção a gente está ensinando a eles a ser autônomo, não é? Então a gente encaminha, a gente orienta para que eles cheguem até a unidade, para que eles peguem o caminho dele. Mas há casos que a gente faz, principalmente a depender da demanda, por exemplo, um idoso que mora sozinho, aí a gente faz. (E5 – Agente Comunitário de Saúde - ACS).

Muitos não conseguem ter essa corresponsabilidade, muitos não tem não. De maneira geral, principalmente hipertenso e diabético, eles não têm corresponsabilidade, não. São poucos que fazem e sabem que ele é responsável, que sabe que ele tem que tomar na hora, que ele não pode comer. Aí poucos participam, fazem isso direitinho. Agora, a grande maioria não faz, não tem. Acho que não ligam, não estão nem aí. Tomar o remédio, às vezes não toma, se toma, come o que quer, passam não sei quantos dias sem tomar a medicação, sente as coisas e não fala nada para a gente, o vizinho que vem depois e diz. (E26 – Enfermeira).

A reversão de um modelo de assistência voltado para tecnologias duras, que se sobrepõe aos arranjos tecnológicos leves, não é tarefa fácil, pois requer uma visão assertiva do que é o ato de cuidar em saúde. Nesse contexto, a operacionalização de

uma atenção pautada na perspectiva da clínica ampliada encontra desafios que precisam ser vencidos. A abordagem dos profissionais que trabalha na lógica da clínica ampliada vai além da valorização da queixa dos aspectos da doença, de fatores biológicos; implica, e de forma enfática, na necessidade de construção de vínculo terapêutico, propondo com isso o aumento do grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

Por conseguinte, a reversão desse processo sugere a construção de alianças éticas com a manutenção da vida, tendo como foco o compromisso singular com os sujeitos, os usuários e os profissionais de saúde, ganhando todos centralidade nas ações de saúde, onde a doença deixa de ser o centro das ações de saúde, mas sim, um cuidado centrado na pessoa, no ser humano, na família e comunidade. Esse processo concorre para o estímulo à corresponsabilização, onde todos são protagonistas nas práticas de cuidado, tratando-se em primeira instância do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento de experiências, saberes e cuidado (BRASIL, 2010a). Alguns entrevistados apresentaram, também, os seguintes posicionamentos quanto a promoção da autonomia e corresponsabilidade em saúde:

Através das salas de espera a gente sempre foca em eles procurarem melhorar a saúde deles. Então, muitos têm a consciência. Independente da nossa orientação, mas eu acho que eles conseguem ter essa autonomia. Alguns, outros não. Principalmente idoso, é mais difícil, porque sempre tem que ter o cuidador, sempre tem que ter outra pessoa, é mais difícil. Mas os adultos jovens, eles conseguem ter essa autonomia. (E10 – Fisioterapeuta).

Porque às vezes o paciente deposita toda a responsabilidade no profissional, quando na realidade não é. Existe a minha responsabilidade, e existe a dele. (E28 – Enfermeira).

Com o objetivo de concretizar os princípios e diretrizes do SUS, em 2004, o MS lança uma iniciativa às práticas de saúde, inserindo a compreensão de que o ato de cuidar não deve pautar-se em ações meramente técnicas e fragmentárias, mas sim, sob a ótica da autonomia e protagonismo do usuário em seu processo de cuidado. É nesse intuito que surge a PNH (BRASIL, 2004), vislumbrando um processo de cuidado onde seus atores tenham protagonismo e autonomia, dando contorno ao ato de cuidar em saúde.

Mas o que vem a ser, afinal de contas, a autonomia? A palavra autonomia, segundo os escritos de Agostinho de Hipona, tem relação com o livre-arbítrio, pela qual ao homem é ofertada a capacidade para fazer o bem e, acima de tudo, escolher o bem. Desse modo, as escolhas e direcionamentos seguidos, passam a ser responsabilidade de cada ser humano, bem como suas possíveis consequências. Por

consequente, o conceito de autonomia é encontrado em diversas áreas do conhecimento humano, na política, na moral e bioética, na filosofia; mas, de maneira geral caracteriza-se como a capacidade de um indivíduo racional de tomar suas decisões de maneira não forçada, baseando-se em seu conhecimento e informações disponíveis para tal. (SELLETI, GARRAFA, 2005).

Desse modo, a autonomia consiste na capacidade que os indivíduos possuem de decidirem e, estas decisões interferem, diretamente ou indiretamente, em sua vida, na sua saúde, na sua integridade física-psíquica e nas suas relações sociais. A palavra autonomia deriva do grego “auto” (próprio) e “nomos” (leis, regras, normas). Cabe mencionar, assim, que o ato de agir com autonomia sugere a não coação do sujeito às situações externas, demarcando que a sua tomada de decisões pressupõe um pensamento livre que são realizadas no cotidiano de sua vida (MUÑOZ, 1998).

Correlacionando a autonomia e a corresponsabilização em saúde os entrevistados relataram as seguintes interlocuções na prática de trabalho da APS:

A gente tenta [autonomização], por exemplo, se eu vou na casa de um paciente, e o paciente é deficiente, então, a gente vê a estrutura da casa, o que é que gente pode fazer dentro daquela casa que a gente pode adaptar, a gente olha o banheiro e vê de que forma a gente consegue orientar o paciente para que aquele ambiente fique mais seguro para ele, tendo que levar em conta a questão financeira desse paciente, porque nem sempre é viável fazer, mas dentro do que é possível a gente orienta para trabalhar essa autonomia. Sim, inclusive orientando também os próprios cuidadores, que têm a tendência de ajudar muito e aí tira um pouco a autonomia do paciente. Então, a gente também trabalha com quem está junto do paciente, a gente orienta quem está junto do paciente. (E4 – Fisioterapeuta).

Isso daí é uma luta muito grande que a gente vem fazendo, porque tem usuário que ele adere bem ao tratamento, tem outros que não, que a gente precisa sempre está conversando, vai, vai, vai conversando até ele realmente ver que ele tem que fazer aquilo, que é para o bem dele. Mas tem muitos que são trabalhosos, aí alguns tem logo autonomia, sabe que vai ter que tomar. O diabético vai ter que tomar aquela medicação, faz tudinho direitinho e tem outros que são altamente resistentes e ele não tem autonomia nenhuma, ele não sabe como é que é. Aí vem para a gente de novo, volta e a gente vai tentando colocar e educar. A gente pede ajuda dos vizinhos, da família também, para não deixar ele fazer as coisas sem conhecimento, porque tem gente que não sabe ler e nem escrever, aí dificulta um pouco. Morando só, alguns moram sós, principalmente idosos, aí fica mais difícil. A gente pede ajuda dos vizinhos. (E26 – Enfermeira).

Segundo Nogueira e Pires (2004), a garantia da autonomia em suas diversas dimensões (civil, política, econômica, social) dos indivíduos não ocorre em um vazio, ou mesmo num espaço virtual, imaginário; mas sim, em situações reais cotidianas da existência humana. Muitas vezes, cenários políticos-institucionais, bem como o modelo hegemônico vigente, delimitam as condições de trabalho, dificultando o exercício da autonomia tanto do profissional como dos usuários, gerando uma

hierarquia de trabalhos e saberes que se manifestam nas relações de trabalho, inclusive causando conflitos e tensões entre os agentes, cujo desfecho é a falta de aproximação entre os mesmos, e também, a dualidade de enxergar a individualidade, complexidade e possibilidades concretas de viver saudável (PIRES, 2009).

Nesse íterim, a autonomia e corresponsabilidade devem andar juntas e entrelaçadas nas práticas de cuidado em saúde; cabendo ainda destacar, que a autonomia deve ser uma possibilidade culminante no ato de cuidar em saúde no que tange a atuação de todos os atores envolvidos no processo, sobretudo o usuário que é o sujeito a ser cuidado, mas que deve dispor de liberdade de escolha, sabendo que os profissionais podem e devem, auxiliá-los na tomada de decisão quando preciso, levando em consideração que existem processos que podem interferir nas decisões, como a falta de conhecimento dos usuários.

Contudo, é importante romper com as práticas ditatoriais em que os profissionais se acham no papel de únicos detentores do saber, e adequar as práticas de cuidado em saúde para um plano horizontal, onde todos se sintam igualmente protagonistas no cuidado de si e de toda coletividade, inclusive assumindo as responsabilidades por seus atos, já que é isso que a proposta da promoção da autonomia pressupõe. A seguir observa-se outro posicionamento sobre a corresponsabilização e promoção da autonomia, mostrando as dificuldades, mas também, algumas estratégias para os processos de cuidado e aplicação desses arranjos tecnológicos:

Mas não tem isso firmado com a corresponsabilização, porque às vezes a gente tem muito plano, porque o PTS indica isso, que fazer um plano com um paciente, que tem uma parte que a gente vai e uma parte que ele traz de volta. Não tem isso, assim, formalmente, mas a gente acredita, a gente dá informações. Tirar dúvidas do paciente já é uma corresponsabilização que a gente espera dele. Se eu tiver que dizer para ele que o melhor tratamento para ele é se ele tiver tal conduta, a gente espera que ele faça. (E27 – Auxiliar de Enfermagem).

Essa questão da autonomia e da corresponsabilização entre os usuários, então, a gente trabalha muito essa questão nos grupos. Quando a gente vê que o grupo realmente precisa trabalhar essa questão, então a gente faz com que eles tenham essa autonomia, na verdade desperte essa autonomia deles, através desses grupos, através das dinâmicas, através dos temas que eles mesmos trazem para a gente, porque a gente deixa esse grupo bem à vontade para saber o que é que eles querem discutir, para que a gente também não leve um tema que eles não estejam tanto afins. [...] a gente percebe a necessidade deles e já vai trabalhando a autonomia deles, essa questão da corresponsabilização deles mesmos, no caso. E a importância de se trabalhar isso, então assim, é mais a questão da gente buscar trabalhar nos grupos, a gente puxa muito esse cuidado, dessas tecnologias leves. (E19 – Psicóloga).

Não obstante, cabe lembrar, que para a promoção da autonomia e consequentemente da corresponsabilização em saúde, não se deve perder de vista as iniquidades e vulnerabilidades que um ou outro sujeito possua. Por vezes é necessária uma prática colaborativa entre profissionais e gestores no sentido de amenizar, tanto quanto possível, os vieses e desfalques que possam existir nas práticas de cuidado em saúde, lançando mão das ferramentas tecnológicas, logísticas e sociais para efetivação da prática do cuidado em saúde ancorada na equanimidade. Neste aspecto, ressalta-se a importância da intersectorialidade para o alcance da eficácia e efetividade nas ações de promoção da autonomia, já que a saúde possui seu conceito ampliado, onde todos os aspectos da vida humana precisam ser considerados igualmente para que se efetive a integralidade.

A promoção da autonomia e corresponsabilidade está diretamente associado à construção de vínculo que a APS deve possibilitar para os usuários no processo de cuidado, e por isso, este tema será abordado na subcategoria a seguir, haja vista ter emergido também nos discursos dos entrevistados do presente estudo.

4.2.4 A (des)construção do vínculo longitudinal: uma prática inerente ao cuidado em saúde na APS

Segundo Starfield (2002) longitudinalidade deriva da palavra longitudinal, consistindo em como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de cada período de anos”. Compreende-se, portanto, como uma relação interpessoal duradoura entre usuários e profissionais de saúde que independe de um motivo causal (doenças, enfermidade, etc.), que será discutida nesta subcategoria.

Sobre esta temática, alguns participantes apontaram que há dificuldades para sua efetividade:

A nossa assistência [do NASF] é provocada pelos agentes de saúde e pela Equipe de Saúde da Família, quando isso é feito, o laço é feito também com os usuários. [...] Porque cria, gera, mas não é aquele vínculo, vínculo afetivo, afetivo! Esse cuidado continuado, quando em PTS, a gente dá. Quando a gente faz o PTS, a gente dá, não vou te dizer que é fácil. Porque a gente não faz sozinho. (E14 – Psicóloga).

Poderia ter um espaço físico melhor, porque, falando da parte da enfermagem, a gente tem mais contato com o paciente na hora que ele vem para uma escuta, uma pré-consulta e nas salas de atendimento. Principalmente na pré-consulta, eu acho que se fosse um local mais amplo, que desse mais conforto, a gente poderia criar um vínculo maior com o paciente, porque iria atender ele de forma mais adequada, mais confortável para ele. Você conhece nossa pré-consulta, ela é bem apertadinha e, tipo, na hora do fluxo maior, de manhã quando tem dois ou três médicos atendendo, é tudo muito rápido. (E27 – Auxiliar de Enfermagem).

Porque eu acho que a pandemia limitou muito esse cuidado do NASF, mas como eu trabalhei quatro anos no Consultório na Rua, o Consultório na Rua é uma escola para qualquer profissional. Para a gente se aproximar e realizar esse cuidado com os usuários em situação de rua que faz o uso de álcool e outras drogas era imprescindível ter o vínculo e a confiança. Senão a gente não ia conseguir realizar nenhum tipo de cuidado, de orientação. Então, o principal instrumento que a gente utilizava era o vínculo terapêutico com esses usuários, porque se eles não confiassem na equipe, e não tivessem essa relação de confiança, de troca, eles não iam nunca aceitar o nosso cuidado, o que a gente tinha a oferecer ali, no território. (E6 – Terapeuta Ocupacional).

Quatro aspectos estruturais devem ser levados em consideração para avaliação do potencial da APS, quais sejam: acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade do cuidado. A acessibilidade envolve a localização próxima da população, mas também os horários e dias em que é oferecido os serviços, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a comunidade percebe a conveniência desses aspectos relacionados à acessibilidade (STARFIELD, 2002).

Já a variedade de serviços consiste no pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredite que estejam disponíveis. Em relação a definição da população eletiva, isso inclui o quanto as equipes de saúde podem identificar a população sob sua responsabilidade sanitária e o quanto os indivíduos atendidos sabem que fazem parte dela. A continuidade do cuidado consiste nos arranjos pelos quais a atenção à saúde é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos, assim, caracteriza-se pela extensão da continuidade da atenção pleiteada (STARFIELD, 2002).

Foi possível perceber a aplicação da longitudinalidade, atributo da APS, retratando o empenho das equipes de manter a configuração de continuidade do cuidado em saúde, aspecto crucial para avaliação do desempenho da APS:

Porque se o paciente sempre está vindo e a gente sempre está aqui para receber, aí se torna um vínculo e sempre fica com um referencial de quem procurar. [...] A construção de vínculos é realmente com o tempo, com a necessidade que o paciente vem e com o que a gente pode dar para eles. (E27 – Auxiliar de Enfermagem).

Entende-se que a longitudinalidade está associada a inúmeros benefícios para o cuidado em saúde, dentre eles destacam-se a menor utilização dos serviços; uma melhor atuação de promoção da saúde e prevenção da doença; menor número de doenças preveníveis acometendo a população; melhor reconhecimento dos principais problemas do usuário, família e comunidade; e ainda, custos totais mais baixos e maior efetividades das ações de saúde. Além disso, destaca-se que os maiores benefícios dizem respeito ao vínculo entre usuários e equipe de saúde, por

possibilita um manejo clínico oportuno e adequado dos problemas de saúde, através da utilização dos instrumentos de gestão da clínica, como genogramas, ecomapas e/ou PTS (SHIMAZAKI, 2009). Outras concepções dos entrevistados quanto a longitudinalidade são explicitadas dos discursos a seguir, inclusive relacionando-o com a construção de vínculo e empatia dos profissionais em relação aos usuários, levando até mesmo ao adoecimento:

Essa construção de vínculo é muito importante, porque às vezes, por já ter um vínculo com o profissional, o paciente só quer aquele profissional. Isso é muito gostoso, eu acho. Eu acho muito bom você ter essa empatia, esse tipo de coisa. (E28 – Enfermeira).

O vínculo é presente. Por questões desse acesso que a gente vê com as famílias é comum ter o sofrimento profissional nos profissionais quando a gente vê o paciente sofrendo e, às vezes, a gente não tem o que fazer. Então isso é um ponto que a gente destaca muito na Estratégia, esse sofrimento profissional. (E21 – Auxiliar de Enfermagem).

Então, a gente sempre trabalha nesse sentido de formar o vínculo com o usuário, de trabalhar a empatia, o aceitar, tanto o usuário como os profissionais de Saúde como são. Então, a gente trabalha muito com essa parte, sim, de empatia e eu acho que acontece muito. Normalmente, os usuários retornam, criam, acabam criando vínculo com a gente. (E17 – Nutricionista).

De acordo com Ribeiro, Pires e Blank (2004), o vínculo no processo de cuidado permite organizar o atendimento e identificar os resultados do trabalho de cada profissional e ainda garantir o exercício da cidadania pelo paciente, haja vista sua atuação ativa no processo de produção da saúde. Assim, propõe-se que a APS desenvolva a longitudinalidade do cuidado de maneira regular e seu uso ao longo do tempo, estando ainda relacionado a construção de vínculo entre a equipe de saúde e a população, refletindo fortes laços interpessoais amparados na cooperação mútua entre eles.

O estabelecimento de uma relação terapêutica duradoura, entendida como a longitudinalidade do cuidado, é um processo extenso e, por isso, demanda um longo período de tempo para sua real operacionalização, estando intrinsecamente relacionado a frequência de contato entre usuários e profissionais, bem como a construção de laços de confiança no cuidado em saúde (BARATIERI, MARCON, 2011). Outras questões abordadas pelos entrevistados, são expostas a seguir:

A gente tem uma construção de vínculo muito boa, assim, porque a gente está dentro da casa deles. Então a gente tem a escuta. Nós escutamos a vida deles, quando eles querem falar, desabafar, confiar. Então a gente tem esse acolhimento, a gente está dentro da casa dele. Então, a gente tem essa coisa, ao ponto de ele chorar se a gente for sair daqui, ao ponto de eles ficarem tristes, porque alguém vai sair. Então, assim, tem esse acolhimento, esse convívio. (E25 – Agente Comunitário de Saúde – ACS).

A gente para poder realizar um atendimento, assim, realmente mais eficiente, mais eficaz, realmente a gente precisa derrubar aquelas barreiras, trazer o usuário mais para perto da gente para poder construir aquele vínculo, para que o usuário possa realmente se sentir à vontade e poder realmente usufruir dos benefícios que o NASF pode oferecer para ele. (E1 – Assistente Social).

Porque você trabalha diariamente com esses pacientes, é uma área fixa, então você sabe tudo o que acontece com aquele paciente referente a saúde e, até outras coisas. Então, a gente termina fazendo parte da família deles. Então é um vínculo muito grande, tanto que eles, quando chegam na unidade vão direto para o agente de saúde dele, às vezes isso nem seria necessário, mas ele vai, entendeu? Porque tamanho é o vínculo, tamanho é a amizade. É uma amizade mesmo, porque aí a gente já conhece o problema dele. A gente tem um paciente que sai do consultório e ele vem de volta para o agente porque ele quer que a gente repita ou oriente tudo o que a médica disse. Então, esse vínculo com o agente de saúde é primordial. (E5 – Agente Comunitário de Saúde).

Para Cunha e Giovanella (2011) a longitudinalidade configura-se como uma possibilidade de afiliação a uma fonte regular de cuidado, referida por vezes como continuidade interpessoal, e favorece a melhora da comunicação, confiança e senso de responsabilidade entre profissionais e usuários.

No estudo realizado por Cunha e Giovanella (2011) são explicitados os resultados de vários estudos que apontam que a longitudinalidade: permite corrigir falsos negativos; confere eficiência à APS; leva a menores gastos em saúde a partir da utilização de uma fonte regular de cuidados de APS; possibilita a continuidade com o mesmo médico, ao longo do tempo, facilitando uma relação de confiança médico-paciente; aumenta satisfação do paciente devido a continuidade do cuidado; diminui as taxas de internação por condições crônicas sensíveis ao tratamento ambulatorial; e, ainda, está relacionada com redução da taxa de internação e de atendimentos de emergência, maior adesão aos cuidados preventivos e melhor comunicação.

Diante do exposto cabem alguns questionamentos ao avaliar o elemento longitudinalidade do cuidado, quais sejam: os usuários enxergam as unidades de saúde como fonte regular de atenção à saúde e a utilizam por um longo período de tempo? A unidade de saúde é referência para o usuário e consegue desenvolver a coordenação do cuidado em saúde com ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde durante um longo período para seus usuários, efetivando a aplicação do princípio do SUS da integralidade e equidade? A relação interpessoal entre profissionais e usuários ocorre com laços de confiança ao longo do tempo, onde enxerga-se a cooperação mútua na produção da saúde por ambos?

Segundo Starfield (2002) os benefícios acerca da aplicação da longitudinalidade do cuidado não podem ser alcançados com menos de um ano, mas

quando não é empregado com frequência a construção de vínculo permanente, pode levar anos para sua efetivação, pois, leva tempo estabelecer o conhecimento necessário para atingir a atenção orientada para a pessoa. A autora aponta que as palavras “continuidade” e “longitudinalidade” apresentam significados distintos, uma vez que a continuidade da atenção não é condição imprescindivelmente necessária para que a longitudinalidade exista, pois, as interrupções na continuidade, seja qual for o motivo, não interrompe a relação de confiança e os laços de vínculo construídos. Assim, o melhor é empregar o termo longitudinalidade, sobretudo para as práticas de cuidado na APS, entendendo que o termo transmite melhor a ideia de um cuidado em saúde de longa duração.

Os resultados do estudo demonstram que a longitudinalidade do cuidado é um atributo fundamental para o alcance de resultados positivos no cuidado em saúde, e que possui inúmeros benefícios, sobretudo no contexto da atenção primária, já que esta possui um nível de capilaridade excelente e sua implementação envolve a aproximação com o cotidiano de vida das pessoas assistidas, facilitando a construção de vínculo e acompanhamento longitudinal da população sob sua responsabilidade sanitária. Contudo, os processos de trabalho na APS são permeados por inúmeros desafios, caracterizando o grau de complexidade das práticas de cuidado a serem desenvolvidas no território. É nesse contexto que abordaremos a última categoria do estudo, que trata dos desafios e entraves que podem influenciar no desenlace e alcance dos princípios do SUS, nesse nível de atenção à saúde.

4.3 Desafios para utilização das tecnologias leves na APS: em tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar

Esta categoria aborda os desafios para utilização das tecnologias leves na APS, com ênfase na (des)integração entre as equipes de NASF e ESF e nos processos interpessoais existentes na prática desse cuidado em saúde, uma vez que, a prática colaborativa é uma premissa indiscutível no cuidado em saúde e, que ainda se encontra fase de construção, apesar de já possuir uma literatura consistente sobre o assunto. A interdisciplinaridade nas práticas de cuidado na APS parece estar ainda em processo de construção.

De acordo com os dados analisados foi possível destacar alguns fatores preponderantes acerca dos desafios e entraves relacionados ao processo de trabalho na APS que influenciam diretamente na utilização das tecnologias leves em saúde,

como: a estrutura física das UBS; falta de material/instrumentos de trabalho; problemas relacionais entre os profissionais de saúde e/ou equipes; falhas na organização e gestão dos processos de trabalho; excesso de demanda para atendimentos, consultas, ações; sobrecarga de trabalho; insatisfação com o salário; limitação do próprio modelo assistencial usado nos processos de trabalho, entre outros aspectos. Assim, podemos averiguar alguns desses aspectos citados anteriormente nos seguintes discursos:

Existem muitos desafios nesse processo de trabalho da gente, a demanda da gente era para ser organizada. Das enfermeiras são organizadas, o pessoal já fica marcado de um mês para o outro, já fica tudo agendado direitinho, não tem problema nenhum. Agora, em relação aos médicos é que não está organizado, mas não é por conta que não dê, é porque, infelizmente, não está dando para organizar. Assim, de atender hipertensos, diabéticos naquele dia e tantas vagas de urgência clínica, dia de clínico de criança, de gestante, mas só que está misturado. Então, o desafio da gente para organizar, evitar que chegue um público misturado como está sendo para eles, para os médicos. (E26 – Enfermeira).

Desafios são muitos. Desde o trabalho em equipe, trabalho com recursos humanos, com a parte dentro do posto de saúde aqui, especificamente em Maceió. A gente tem um grande problema aqui em Maceió, primeiro porque existe uma questão salarial que diz que a ESF ganha melhor que a demanda espontânea, e não é verdade isso. Isso não é verdade. Então, foi um mito que se criou. Nossos salários são praticamente iguais. [...] Então, dentro desse posto de saúde aqui, que é uma unidade mista, a gente tem pessoal que é de demanda espontânea e da saúde da família, que no meu ponto de vista é um erro ter uma unidade mista. Então, esse posto aqui tem médico de demanda espontânea, tem médico ginecologista, tem pediatra, tem psicólogo, aí tem a gente da ESF, dentro desse próprio posto. Então, é um desafio muito grande! (E22 – Cirurgião Dentista).

O desafio é a gente receber a parte de tecnologia. Porque hoje a gente tem que pedir o computador emprestado ou usar o de casa, porque a gente não tem e tudo que a gente usa é pessoal. (E15 – Profissional de Educação Física).

Um estudo realizado nas cinco regiões do país por Pires et al (2020) mostrou resultados semelhantes quanto a desafios nos processo e trabalho em saúde, onde observou-se a grande carga de trabalho e os enfrentamentos de enfermeiros e médicos para o cuidado em saúde, apontando também como desafio os aspectos estruturais, a alta demanda de atendimentos, déficits salariais, influência do modelo assistencial vigente interferindo nas práticas de cuidado, gerando assistência fragmentada e ineficiente, além da dificuldade de planejamento e organização dos processos de trabalho.

Outros fatores destacados como entraves nos processos de trabalho que podem influenciar no uso das tecnologias leves foi a ocorrência da pandemia, o que favoreceu ao distanciamento entre profissionais, até mesmo adoecimento destes; mas

também, o distanciamento dos usuários e interrupção da ocorrência de atividades e ações de saúde, como grupos terapêuticos, atendimentos domiciliares e atendimentos individuais. A seguir observamos esses aspectos nas falas dos entrevistados:

Mesmo com as dificuldades e principalmente com as dificuldades encontradas agora, nesse atual momento que a gente está vivendo, que é a pandemia, que faz com que a gente, se a gente já existia um limite, e agora a gente está com mais limite ainda, devido a essa pandemia e que fez com que a gente se reinventasse para continuar essa prática, essas tecnologias, mesmo com algumas dificuldades. (E19 – Psicóloga).

Com essa questão do lockdown mesmo, na época que as pessoas precisavam está em casa, a questão da atenção individualizada não acontecia. As visitas também foram suspensas e os grupos também foram inviabilizados. A gente atendia mais no acolhimento das pessoas, porque também as pessoas não podiam ir na unidade. (E14 – Psicóloga).

Com a pandemia modificou quase tudo, não deu, as visitas foram suspensas, as salas de espera a gente continuou, porém com o número mais reduzido. O grupo a gente parou também, para evitar aglomeração. (E10 – Fisioterapeuta).

Esse ano [2020] passado foi prejudicado por conta da COVID, então nada aconteceu praticamente, inclusive em todos os aspectos de atendimentos clínicos, de visitas, porque ninguém queria a gente nas casas, como nas escolas que não está tendo aulas. Para saúde bucal as mudanças foram assim, primeiro, as mudanças efetivas, o fluxo de pessoas diminuiu na unidade de saúde por conta da questão da procura da saúde bucal, por conta da COVID está diretamente ligada com as gotículas de saliva, a respiração, e a gente trabalha diretamente com o paciente na cavidade oral. A questão dos EPIs foram os entraves. [...] Até hoje a gente faz isso, e digo a você, uma grande dificuldade que a gente tem aqui é o distanciamento e o uso de máscara. Muitos chegam sem máscara, e quando dizemos que não podem entrar no posto sem máscara, eles revidam. Se você vier todas as manhãs, você não consegue que o pessoal se distancie para marcar no CORA, o que é um absurdo, é um em cima do outro, é assim. Essa pandemia teve um grande prejuízo para gente na questão de produção e atendimento, de promoção, e de prevenção, tudo ficou prejudicado para a gente. Apesar da gente está aqui todos os dias, mas muito pouco a gente pode fazer. (E22- Cirurgião Dentista).

Na atualidade é sabido que o mundo inteiro enfrenta a infecção humana pelo novo coronavírus, ou COVID-19 como ficou mais conhecida, que se caracteriza por ser uma doença de etiologia viral (BRASIL, 2020), declarada em 30 de janeiro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII. Posteriormente, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria Ministerial nº 188, de 03/02/2020, considerou a pandemia pela COVID-19 como sendo uma Emergência em Saúde Pública de importância Nacional – ESPIN (BRASIL, 2020).

Não obstante, o cenário o atual de pandemia nos coloca frente a uma gama de ressignificação do processo relacional intrínseco da espécie humana, isto é, desafios iminentes no uso das tecnologias leves nos serviços de saúde, sobretudo na

APS. Dessa forma, 'desafio' tem sido a palavra mais empregada para caracterizar o panorama mundial e os problemas que se apresentam no contexto atual.

Os dados revelaram ainda outros elementos que implicam em desafios nos processos de trabalho na APS, quais sejam: a influência da política partidária nos processos de trabalho, favorecendo a relações desequilibradas entre as diretrizes do SUS e a práxis de trabalho na APS, já que estas deixam de se basear em habilidades e competência e passa a ser aplicado o favoritismo individual, gerando controvérsias na efetividade e organização dos processos de produção de saúde.

Além disso, muitos participantes referiram a falta de valorização dos profissionais além de fluxos de atendimentos interno e externo deficientes, sobretudo no ordenamento da rede de atenção à saúde, onde existe uma demanda grande para outros pontos de atenção que levam muito tempo para que o usuário tenha acesso aos serviços, e ainda dificuldades com os processos de referência e contrarreferência que são quase inexistentes.

Não só com os exames, mas também quanto às especialidades clínicas, muitas vezes demora, demora um pouquinho. (E28 – Enfermeira).

Desafios sempre há, porque o processo de trabalho para ser bem executado tem que ser melhor planejado e planejando a gente começa, a gente define o que vai precisar. Aí a gente às vezes está do meio para o final, a gente vê o que tem e vê o quê que pode fazer com o que tem, com os instrumentos, com as tecnologias que a gente tem disponível. Infelizmente. (E27 – Auxiliar de Enfermagem).

É muito frustrante para médicos e enfermeiros, porque o agente de saúde sofre por que a gente vai para área e escuta as mesmas reclamações, as mesmas necessidades, a mesma demanda e não tem a questão da resolução, então isso é um problema. (E9 – Agente Comunitário de Saúde).

[...] Nós temos uma dificuldade muito grande em conseguir marcação para alguns especialistas e alguns exames. Uma ultrassonografia mamária demora, uma ultrassonografia obstétrica estava demorando, mas conseguiram resolver, está melhor. Oftalmo está difícil, cardiologista está difícil, o oncologista clínico está fácil, o mastologista está difícil. Então a gente tem muita dificuldade lá fora de ter acesso. (E26 – Enfermeira).

É consenso que o trabalho em saúde é complexo, justamente por trabalhar e atuar com muitas variabilidades sociais, políticas e econômicas, que de maneira ou outra influência no processo de saúde adoecimento da população, mas também, primeiramente, porque seu objeto de trabalho são as pessoas, as quais são singulares. Por conseguinte, o contexto da realização dos atos cuidadosos em saúde requerem uma organização das práticas assistenciais e de uma rede de atenção organizada, a qual possibilita que o usuário seja atendido nas linhas de cuidado e garante a integralidade da atenção.

Foram mencionados ainda pelos entrevistados que existe a instabilidade de vínculo de alguns profissionais e, conseqüentemente, desvalorização e incentivo para os mesmos, bem como a falta de compromisso de alguns profissionais, sejam estatutários ou contratados, com o serviço público, reverberando numa atenção à saúde fragmentada e ineficaz. Outra dificuldade consiste no compartilhamento em uma mesma UBS de dois modelos de atenção, como a ESF e a Demanda espontânea, levando a uma desorganização dos processos de trabalho, como se pode observar nos relatos a seguir:

Então, a gerência vem, ela cai de paraquedas. Por exemplo, na minha gestão aqui, quando eu cheguei, nesses 15 anos que eu estou aqui, tivemos 3 diretoras. As três eram ligadas ao mesmo vereador, então isso aqui era virado, era muito focado para marcação de consulta, marcação de exame, acesso fácil para o pessoal desse vereador que as tinham indicado. Sabemos que o município tem uma lei orgânica que diz que a direção de uma unidade de saúde tem que ser da própria unidade de saúde, um técnico da unidade, mas a lei só serve para os pobres, para os políticos não têm cumprimento de lei. Então, por que eles não cumprem a lei orgânica do município? (E22 – Cirurgião Dentista).

Existe [dificuldade relacional no processo de trabalho] entre a equipe de Estratégia, porque às vezes a gente quer fazer e eles não estão tão interessados. Varia de pessoa para pessoa. Às vezes a pessoa é mais interligada ao trabalho, gosta mais de querer somar, já tem outros que são mais: “ah, vou fazer só o meu e pronto”, sempre tem. A gente sempre corre atrás para tentar mudar isso. (E16 – Fisioterapeuta).

Segundo Oliveira, Pires e outros colaboradores (2018), em um estudo que avaliava a tendência de mercado para profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, constatou-se que a ausência de postos de trabalho, associado a precarização na formação em saúde e a prática de acesso ao mercado de trabalho por indicação (em detrimento dos critérios de igualdade e direitos em concorrer a uma determinada vaga e seleção por critérios de habilidade e técnicas) são fatores que influenciam diretamente na qualidade da assistência à saúde, bem como, na valorização dos profissionais.

Ainda nesse contexto, um grande desafio existente para a utilização das tecnologias leves consiste na pouca integração entre as equipes de estratégia de saúde da família e núcleos ampliados de saúde – NASF, e ainda, outro fator de destaque é a falta de compreensão por alguns profissionais do papel no NASF no território, apontadas pelos próprios profissionais nos seguintes discursos:

O NASF é um apoio muito grande, muito importante mesmo. Assim, não é que a gente não consiga integrar, a gente integra muito bem, só às vezes tem as questões de organização de algumas atividades. Aí a gente tem que

cancelar, essas coisas, por algum motivo ou outro, que a gente acaba cancelando, mas isso é assim, no decorrer do ano sempre tem um momento. (E24 – Agente Comunitário de Saúde).

O desafio da gente, o empecilho maior é o engajamento das Equipes de Saúde de Família, para qualquer intervenção. Porque o NASF depende da necessidade e da consciência da equipe de que a gente está lá para contribuir e para ajudar. Por vezes, por mais tempo que a gente passe na equipe, algumas equipes são bem fechadas e não querem a provocação de se fazer alguma coisa. Acreditam que a gente está inventando coisas ou arrumando trabalho para eles. Esse é o maior entrave, o engajamento da equipe no processo de trabalho. (E14 – Psicóloga).

Mas assim, particularmente, eu não sei as outras meninas, mas assim, eu procuro pouco o NASF, entendeu? Assim, eu acho que eu não tenho tanta demanda, eu, entendeu? Mas assim, as poucas vezes que eu procurei o NASF, os meninos foram bem receptivos comigo e a gente procurou resolver a situação. (E28 – Enfermeira).

Dificuldades de relacionamentos, tudo isso pode interferir no trabalho. Por exemplo, de educação permanente ou também da educação continuada, é com os profissionais e com as equipes de estratégia, então eu acho que esses são os principais desafios. (E13 – Nutricionista).

Porque, assim, eles são poucos pra abraçar várias unidades [NASF], eles trabalham com essa unidade aqui, trabalham com outra, então não estão todos os dias aqui e, assim, o trabalho que eles fazem é mais um trabalho de encaminhamento, ver onde é que está a necessidade e encaminhar. Não é um trabalho presencial, assim, se fosse trabalhar mesmo. [...] Então, assim, eles são um grupo que dá assistência a várias unidades, então não estão sempre presentes, como nós do PSF que estamos todos os dias, que somos 40 horas, sempre de frente com a comunidade, sempre acompanhando toda a situação, mas eles não estão assim. (E25 – Agente Comunitário de Saúde).

Porque senão a gente não consegue dar conta da demanda e por existir muitas resistências das equipes de iniciar algum grupo e a gente vê que tem público ali, que tem usuário, que dá para a gente criar uns grupos, mas a própria equipe de Estratégia, muitas vezes, não está com essa pretensão. Não quer. Já entra com essa questão da negatividade. (E19 – Psicóloga).

Os avanços tecnológicos e o modelo hegemônico vigente, caracterizado pela fragmentação do cuidado, excessiva especialização das ações de saúde, entre outros, é acompanhado de um aumento da intensidade de trabalho e cobranças de produtividade. Dessa maneira, um estudo realizado para levantamento da literatura latino-americana evidenciou que não existe uma relação linear entre tecnologia disponível e aumento da diminuição da carga horário de trabalho, mas que, o modo como a tecnologia é utilizada e a organização de trabalho são fatores fortes da determinação das práticas de cuidado (PIRES, et al, 2010a).

Segundo Pires et al (2010a), a utilização de tecnologias relacionais, faz-se necessária, já que a aplicação neutra de uma tecnologia dura ou leve-dura não garante a qualificação da atenção, muito pelo contrário, causa alienação e distanciamento entre os atores (profissionais, usuários e comunidade). Nesse sentido, as condições precárias de trabalho e um modelo de atenção puramente biomédico

influenciam negativamente a qualidade da atenção à saúde, implicando no aumento da carga física e no desgaste emocional dos trabalhadores

Dessa maneira, os dados mostram a necessidade de pensar a saúde de maneira pandimensional, levando em consideração tanto os macrodeterminantes de saúde, como os microprocessos de trabalho, o que Merhy (2002) denomina de micropolítica dos processos de trabalho, uma vez que os dois aspectos precisam estar em consonância e amparar a prática de cuidado em saúde.

Por ser algo que foi amplamente apontado entre os profissionais entrevistados, um ponto que influencia decisivamente nos processos de produção do cuidado, bem como na mudança ou readequação dos modelos de atenção à saúde, é a prática colaborativa de cuidado em saúde. Assim, aponta-se a seguir alguns posicionamentos quanto a interprofissionalidade no contexto da APS:

Eu acho que o maior desafio é o trabalho interprofissional, realmente a gente conseguir trabalhar em equipe. Não só a equipe da gente, do NASF, mas as Equipes da Saúde da Família que a gente apoia. Então, eu acho que o grande desafio é esse trabalho interprofissional, porque a gente sabe que é bem complicado, mas ao mesmo tempo bem prazeroso e bem resolutivo. (E17 – Nutricionista).

Já estou no NASF faz 7 anos, eu acredito que foi modificando ao longo do tempo. Esse processo inicialmente como eu havia falado, não era assim 100%. Mas, aí, depois foi melhorando a situação, a gente já tem uma relação melhor com os enfermeiros, com os médicos, e isso interfere diretamente no usuário. Que ele pode chegar e solicitar as demandas, e a gente está aqui para ajudar. (E1 – Assistente Social).

Precisa melhorar muito [integração NASF/ESF], porque a estratégia da família não trabalha de forma tão integrada com o NASF, ainda trabalha de forma muito separada. Então, acho que precisaria de uma junção maior, isso de forma geral. (E2 – Terapeuta Ocupacional).

Eu acho que esse é um dos principais desafios que a gente tem, que é da integração entre as equipes. Nós já tivemos maiores dificuldades em anos anteriores, como a equipe que eu faço parte, ela está há quatro anos nesse território. Não é muito tempo, mas tivemos dificuldades, principalmente no começo, de integração com as equipes. Então, entender qual é o trabalho do NASF, o que é que a gente pode contribuir no cuidado ao usuário. E ainda temos esse desafio hoje, não é? Essa integração melhorou, mas eu acredito que não seja só a integração NASF-estratégia, eu acho que a própria estratégia ou o próprio NASF também precisa melhorar a integração entre os próprios membros, entre os próprios profissionais. Então eu acho que isso vai além da integração entre as equipes, mas entre as próprias equipes, entre a própria unidade de saúde, com os demais profissionais. (E13 – Nutricionista).

É importante entender qual o significado e objetivo da interprofissionalidade, a fim de que esta não seja mais um conceito esvaziado de sentido, gerando, muitas vezes a deturpação de seu entendimento mais profundo e, por conseguinte, dificultando sua aplicação prática. Assim, cabe as indagações: Qual sua importância no cuidado em saúde? De fato, em que consiste a interdisciplinaridade? Iniciemos a

discussão pelo significado e origem do termo. A etimologia da palavra interdisciplinaridade já nos sugere bem qual seu intuito; surge do latim *inter* (prefixo) 'entre', que significa: 'Entre uma coisa e outra'; 'Expressa reciprocidade'. E ainda, *profissional* (adjet.) do latim *professione-* + *-al* que significa "pertencente ou respeitante à profissão; que prepara para certas profissões; que desempenha o seu trabalho de modo sério, rigoroso, competente".

Desse modo, a interprofissionalidade na saúde pode ser entendido como uma prática que ocorre quando duas ou mais profissões da saúde aprendem com, para e sobre a outra, como forma de desenvolver a colaboração através de um processo de aprendizagem compartilhada a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados (BARR, LOW, 2013). Ou ainda, uma premissa para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, em sua dinamicidade e complexidade (TOASSI, 2017).

Sobre esta temática, cabe trazer mais dois conceitos, da multidisciplinaridade e transdisciplinaridade. O primeiro consiste em várias profissões que em seu processo de trabalho encontram-se reunidas, mas não existe diálogo e interação. Já a transdisciplinaridade se caracteriza como um nível superior a interdisciplinaridade, onde desaparecem os limites entre as diversas disciplinas e a cooperação é tamanha, que se fala no aparecimento de uma nova macrodisciplina (VILELA, MENDES, 2003, p.528).

Nessa conjectura, segundo Vilela e Mendes (2003, p.4) a interdisciplinaridade acontece quando há interação entre duas ou mais disciplinas, de maneira coletiva, onde cada disciplina em contato com outras é modificada e passa a depender claramente do intercâmbio entre elas, gerando um enriquecimento recíproco e transformação de suas formas de fazer e perceber o mundo. Logo, é possível equiparar o conceito de interdisciplinaridade e interprofissionalidade, na qual, várias disciplinas se integram para qualificar o processo de produção do cuidado em saúde.

Assim, é fundamental que os trabalho dos profissionais, sobretudo na saúde da família, sejam organizados com uma população adscrita, com clientela e responsabilidade sanitária, mas também, como um trabalho de equipes interprofissionais. Acerca do trabalho integrado entre as equipes de NASF e ESF, alguns profissionais apontaram:

Eu sempre achei um desafio muito grande [integração NASF/ESF], porque a Estratégia, muitas vezes, na rotina do dia a dia não valoriza essa articulação das atividades de prevenção. Às vezes têm equipes da Estratégia que

valorizam o ambulatório, o atender no ambulatório, dentro do posto. Mas, assim, depois que eu vim para o NASF, eu senti que a equipe anterior tinha um distanciamento muito grande, sabe? Como se fosse uma rejeição. Ficavam reclamando de alguns profissionais que não queriam participar, que não se integravam durante as atividades de prevenção que a gente realiza. (E6 – Terapeuta Ocupacional).

Hoje, melhorou bastante. Inicialmente a gente tinha uma dificuldade, eles não aceitavam muito o trabalho do NASF. Eles achavam que a gente tinha chegado para dar um certo trabalho a mais para eles. Hoje em dia, não, já aceitam melhor a nossa equipe, já acolheu melhor realmente. (E1 – Assistente Social).

Dada todas essas dificuldades de compreensão de funcionamento do serviço, tanto pelos profissionais do ESF, inclusive pelos profissionais do NASF também, essa relação fica meramente baseada na personalidade de cada um, na forma de lidar de cada um e isso envolve uma boa relação com a unidade, uma relação não tão boa com outra unidade, uma relação boa com a unidade dependendo do que vai ser abordado na unidade. Então essa é a relação. Com os usuários, eu acredito que a relação é boa, é mais fácil de lidar, até pelo próprio papel do NASF de buscar soluções para cada caso. (E18 – Profissional de Educação Física).

A Interprofissionalidade vincula-se à noção do trabalho em equipe de saúde. Está marcada pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (WHO, 2010). Outros profissionais entrevistados sugerem ainda outros aspectos quanto a integração e prática interprofissional no território, como exposto a seguir:

A gente hoje consegue fazer. Atualmente facilitou bastante porque a gente conseguiu melhorar nossa relação com as equipes das unidades. Quando a gente começou a gente tinha bastante dificuldade de ter isso. Eles [profissionais da ESF] aceitarem nosso trabalho enquanto NASF, porque eles não entendiam direito. Mas, hoje em dia eles já entendem, então, através de reunião, através de PTS que a gente discute caso, acompanhamento de caso, então, a gente hoje tem uma relação mais próxima com o pessoal das equipes, através desse contato. É isso, da troca de comunicação entre a gente. Tem as reuniões de equipe, para a gente fazer o planejamento, questão de discussão de casos, por exemplo, se eu vou e faço uma visita também, eu discuto o caso com o profissional que eu vejo que o paciente necessita. Então, passo o caso e a gente discute o que a gente pode fazer em relação àquele paciente. (E4 – Fisioterapeuta).

A gente tem um relacionamento e um entrosamento de trabalho muito bom. A gente faz PTS, faz visita domiciliar com os profissionais, vai o pessoal do NASF, vai a psicóloga, a fisioterapeuta, a fono e fisio. Tinha uma TO, mas ela não está mais aqui, a assistente social vai e quando a gente necessita, agenda direitinho e eles vão com a gente e a gente já fez alguns PTS. Porque houve a necessidade mesmo, sempre há as necessidades, a gente sabe que o PTS não é tão assim, envolve muita coisa e aí também depende do médico, que agora está mais difícil, depende de outro profissional, depende de um outro setor. Aí fica um pouquinho mais difícil, mas a gente já fez um no ano passado, fizemos um e poderíamos fazer mais. Mas a gente está tentando. (E26 – Enfermeira).

O que a gente tem mais dificuldade é a questão do matriciamento, de estudar os casos. Porque a gente precisa sentar, entender aquele paciente e poder discutir sobre a problemática dele, a questão do tratamento, o que é que ele está necessitando, estudar a família, o ambiente familiar, o convívio dele com a sociedade. Então assim, tudo isso exige muitos profissionais. Então assim, para a gente sentar com todos os que são necessários, é mais difícil, mas a gente procura. (E10 – Fisioterapeuta).

O PTS é algo muito complicado, porque assim, o estigma do PTS, a gente tem dificuldade muito grande, porque realmente necessita de tempo. O problema do PTS é o tempo, o tempo de você parar para analisar e ter com você toda a equipe colaborando com algo que é extremamente difícil. É muito difícil a gente fazer PTS hoje em dia, até por causa do tempo, da disponibilidade deles, da disponibilidade da gente de fazer as atividades, da dificuldade também, da conciliação dos horários e de ideias e por aí vai. (E20 – Fisioterapeuta).

A interprofissionalidade na atenção básica pode ser efetivada pelas seguintes atividades e ações: planejamento em saúde, oficinas de educação permanente, discussão de casos e construção de projetos terapêuticos singulares – PTS, consultas compartilhadas e visitas domiciliares, ações coletivas de saúde, articulação intersetorial, entre outras estratégias usadas na atenção à saúde na APS.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), os serviços de saúde deveriam basear-se, para além na prática interprofissional, e sim, nas práticas colaborativas de atenção à saúde que ocorrem quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades. Acerca dessa integração entre as equipes NASF e ESF, os participantes desta pesquisa ainda colocam:

Em relação às equipes das unidades, como eu falei, hoje melhorou bastante, a gente não consegue hoje em relação a médico, por exemplo, é mais difícil de conseguir sentar com médico da unidade para discutir alguma coisa, passar alguma coisa, programar alguma coisa é mais difícil. Mas, com os enfermeiros, com os ACS a gente tem essa troca, melhorou. (E4 – Fisioterapeuta).

Eu acho que existe [integração NASF/ESF], não vou dizer que é 100%, mas existe. Em algumas unidades as equipes da Estratégia, junto com o NASF, conseguem fazer essa articulação, conseguem, porque eu já tive algumas experiências, mas algumas têm essas dificuldades. Acho que não é nem pela equipe em si, mas por poucas pessoas que, ou não acreditam no SUS, ou estão cansadas do ambiente de trabalho, não sei, ou por personalidade mesmo, porque não quer realizar essa articulação. Mas eu acredito sim que existem vários trabalhos exitosos, várias equipes que mostram experiências exitosas. (E7 – Terapeuta Ocupacional).

O trabalho na perspectiva interdisciplinar surge como uma possibilidade concreta, no plano intelectual e prático, para alcance da qualificação das práticas de saúde, todavia, ainda são guiados pelo modelo biomédico hegemônico. Além disso, a interprofissionalidade estar à mercê da consciência e compromisso dos trabalhadores, bem como, de habilidades, competência e conhecimentos dos mesmos; intercalando-

se com a subjetividade e intersubjetividade dos atores no processo de cuidar e dependente dos modelos de gestão e condições materiais e organizacionais dos serviços (SCHERER, PIRES, JEAN, 2013), conforme podemos perceber:

A gente não conta com todos os participantes do NASF hoje em dia, não é? Com quem a gente conta mais é com a fisioterapeuta, com a TO. Tem a psicóloga também, que agora está bem presente, a nova psicóloga. A nutricionista, algumas vezes quando a gente solicita, ela sempre vai. A assistente social, pronto, o resto a gente não sabe nem quem são. Eu estou aqui, vai fazer mais de um ano que eu estou trabalhando aqui e teve pessoas do NASF que eu vim conhecer há pouco tempo. Mas com esse pessoal, com essa parte que eu falei, a gente tem uma interação muito boa, porque quando a gente solicita, eles estão prontos para fazer com a gente. A gente quando precisa de visita, eles vão na área com a gente, faz a visita compartilhada. (E8 – Enfermeira).

Então essa integração, ela precisa envolver todo esse contexto de profissionais, além também dos estágios curriculares das universidades, os demais setores também envolvidos, assim como os equipamentos sociais. Então eu acho que assim, essa integração com a rede, ela tem uma deficiência. Mas NASF-estratégia mais especificamente, a gente ainda tem, sim, dificuldade, muitas vezes, e sempre estamos pensando em estratégias para melhorar. (E13 – Nutricionista).

Conflito a gente tem, de vez em quando aparece algum conflito, que a gente vai, senta, conversa, faz uma reunião e resolve. O NASF, nós já tivemos conflitos quando era outra equipe, mas aí a gente conversou, foi parar na secretaria e resolveu. Aqui na equipe, quando tem conflito, na minha equipe tem, sim, de vez em quando, a gente senta, conversa e resolve. São tolices, mas que tem. E com o usuário, todos os dias sempre tem. (E26 – Enfermeira).

Nessa perspectiva, os serviços de saúde estudados demonstram que o processo de efetivação das práticas interprofissionais está em curso, e que precisam avançar com urgência, haja vista a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde que limita o alcance dos princípios doutrinários do SUS. Ainda assim, já é relevante que os processos colaborativos já estão desabrochando nas práticas de trabalho.

Nas práticas de cuidado em saúde se entrecruzam desafios e entraves, mas também, possibilidades de construção de estratégias, tudo isso se transforma ao longo do tempo, se articula e reconfigura. Permanentemente, os saberes e ações dos envolvidos no cuidado em saúde, exatamente na sua vertente prática, redimensionam escolhas que estão mergulhadas muitas vezes em aspectos relacionados a historicidade de cada profissional e território (SCHERER, PIRES, JEAN, 2013).

Firma-se a necessidade de avançar para quanto a prática da interdisciplinaridade em curso, pois, como apontamos acima, esta se configura em uma ferramenta de gestão do cuidado que se materializa na utilização do matriciamento na APS, sobretudo no NASF e ESF. Dentre os instrumentos mais relevantes, destacam-se três, quais sejam: o Projeto Terapêutico Singular -PTS, ecomapa e o genograma. Vamos analisar um pouco de cada um deles a

seguir, como forma de refletir sobre a importância da aplicação prática da interdisciplinaridade no cuidado em saúde.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 39, o PTS consiste na organização do cuidado em saúde que se constrói entre usuários e os profissionais, considerando as especificidades do sujeito e a complexidade que envolve cada caso. Nesse interim, o PTS auxilia na identificação das necessidades de saúde, ajuda na discussão do diagnóstico e definição de metas para o cuidado, de maneira articulada e integrada, gerando o aumento da eficácia e eficiência dos processos de produção do cuidado em saúde, ampliando o diálogo entre os atores envolvidos e fortalecendo os vínculos e o grau de corresponsabilização (BRASIL, 2014, p.73).

Dessa forma, ao observar a importância do uso dessa ferramenta no contexto do trabalho interprofissional, inclusive efetivando-o, o PTS favorece um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, tanto individuais como coletivas, resultante da discussão de casos de uma equipe interdisciplinar, geralmente dedicado às situações complexas (BRASIL, 2014, p.73). Assim, como um instrumento de gestão do cuidado na prática interprofissional, a construção do PTS desafia a organização tradicional biomédica do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe uma maior articulação entre os atores e a realização de encontros com outros profissionais e usuários, por meio de reuniões de equipe, espaços sistematizados de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações, horizontalizando os poderes e conhecimentos, materializando, portanto, o uso das tecnologias leves no cotidiano do cuidado em saúde.

A construção do PTS segue as seguintes fases (BRASIL, 2014):

a) Análise e Diagnóstico – Consiste numa avaliação ampla e integral do sujeito, considerando todos os aspectos sociais, físicos e psíquicos que possibilitem uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidades, potencialidades e resiliência deste. Além disso, deve captar as formas como o indivíduo enxerga o processo de saúde-adoecimento, bem como seus interesses e desejos que por ventura possam auxiliar em seu processo de produção de saúde, correlacionando com o trabalho, a cultura, a família e a rede social da pessoa;

b) Definição de ações e metas – posteriormente ao diagnóstico, desenvolvem-se propostas de curto, médio e longo prazo, as quais serão apresentadas, discutidas e negociadas com os usuários junto com os familiares, responsáveis ou pessoas próximas. Lembra-se que o PTS é um instrumento construído conjuntamente e de

maneira compartilhada, pressupondo a importante participação do usuário em seu desenlace, garantindo sua adesão e sucesso;

c) Alocação e divisão de responsabilidades – é fundamental definir as responsabilidades e tarefas de cada um (profissionais de saúde, usuários e familiares) no curso de aplicação do PTS, de maneira clara e objetiva. Para tal, sugere-se o estabelecimento do profissional com maior vínculo com o usuário, sendo, portanto, a pessoa de referência para o caso, a fim de favorecer a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. Este profissional será responsável pela gestão do PTS ou gestão do caso e, com isso, durante o processo será a ponte entre os diversos atores que lembrará, acompanhará e articulará as ações traçadas no PTS;

d) Reavaliação - como todo processo de gestão, a fase de avaliação do plano de cuidado faz-se necessária, onde discute-se a evolução do caso e a necessidade de ajustes e adequações, rumo ao melhor alcance dos resultados esperados.

Todas as etapas acima descritas devem ser realizadas pela equipe interdisciplinar e, garantir, a participação máxima de todos (profissionais, usuários e familiares), com foco a potencializar e qualificar o cuidado em saúde a partir da efetivação da interdisciplinaridade no contexto das equipes de NASF e ESF. Para tanto, chama a atenção a necessidade de identificação das fragilidades nos processos de trabalho da equipe, necessidade de educação permanente, gerenciamento dos conflitos e compartilhamento de saberes e práticas.

Este estudo evidenciou várias dificuldades quanto a efetivação da interprofissionalidade a partir de uma incipiente prática de Projetos Terapêuticos Singulares, motivo pelo qual optou-se pelo detalhamento de suas etapas. Outro achado que chamou bastante atenção foi a não expressão por parte dos entrevistados da utilização de dois arranjos tecnológicos leves que materializam o trabalho vivo em ato, a saber, o genograma e ecomapa.

Entende-se, portanto, que a interdisciplinaridade não se ensina, nem se aprende, apenas vive-se e exerce-se ao longo da trajetória de cuidado em saúde, necessitando do envolvimento e protagonismo de todos os atores envolvidos na produção do cuidado. Assim, cabe mencionarmos ainda estes outros instrumentos de gestão do cuidado, que devem ser utilizados na APS.

O genograma consiste numa representação gráfica de dados sobre a família e, durante a sua construção, há a visualização da dinâmica familiar e as relações entre seus membros, através de símbolos e códigos padronizados, em pelo menos três

gerações. Esse instrumento ajuda na observação detalhada de quais membros constituem a família, a existência vínculos entre eles (consanguíneos ou não), fornecendo, dessa forma, as bases para a discussão e análise das interações familiares (PERREIRA, 2009). Por possibilitar a análise da estrutura da família (BRASIL, 2014) esse instrumento ajuda no processo de produção do cuidado em saúde, pois, determinadamente, materializa o uso das tecnologias leves, cerne deste estudo.

O ecomapa, por sua vez, que também coloca em prática as tecnologias leves, é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pelo indivíduo e sua família, contendo os contatos das famílias, instituições ou grupos pelos quais o usuário índice participa e envolve-se. Além disso, representa a ausência ou presença de recursos sociais, culturais e econômicos, de um determinado momento do ciclo vital da família, havendo modificação ao longo do tempo, portanto dinâmico, que além de reverberar no seu processo de saúde adoecimento favorece a adesão ao PTS (PERREIRA, 2009).

À guisa da conclusão, observa-se que a interdisciplinaridade precisa se efetivar nas práticas de cuidado em saúde a partir do uso adequado das ferramentas de gestão do cuidado. Ademais, pode ser entendida como uma forma radical de superar o modelo centrado na cura da doença e fragmentação do cuidado, bem como, as dicotomias que ainda se mantem arraigadas nos processos de trabalho em saúde, como evidenciado neste estudo. Sua efetivação depende exclusivamente dos atos relacionais entre os diversos membros das equipes de saúde e destes com seus usuários e familiares. Quanto aos atos relacionais resta admitir que as tecnologias leves devem se configurar como o motor propulsor de produção de saúde na rede de atenção de atenção à saúde, com relevo para a APS.

5. CONCLUSÃO

Este estudo não tem a menor pretensão de esgotar o assunto, considerando a complexidade e abrangência do objeto desta dissertação, a qual abarcou dimensões tão subjetivas do processo de trabalho em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de Maceió. Portanto, nesta seção é pertinente apresentar as principais considerações acerca dos resultados encontrados, a partir dos objetivos alcançados quanto a identificação e análise das principais tecnologias leves utilizadas no processo de trabalho das equipes de saúde que atuam na APS.

A partir das técnicas de pesquisa utilizadas (entrevistas semiestruturadas e observação participante) foi possível compor um corpus documental de onde emergiram três categorias de análise, quais sejam: *categoria 1* - Trabalho em Saúde e Processo de Trabalho na Atenção Primária; *categoria 2* - Tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde: dificuldades e possibilidades; e *categoria 3* - Desafios para utilização das tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde: em tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar.

Assim, o primeiro capítulo dos resultados apresentou como se efetiva o processo de trabalho em saúde na atenção primária, com ênfase nas relações estabelecidas entre os trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Apoio a Família, evidenciando que a utilização das tecnologias relacionais acontece em maior ou menor grau. Contudo, muitas equipes ainda baseiam suas práticas no modelo biomédico hegemônico, demarcando o uso das tecnologias leves de forma incipiente na sua *práxis*.

Na sequência, os dados revelaram que as tecnologias das relações utilizadas, mesmo que ainda precariamente, são: a escuta qualificada, apesar de uma incompreensão da diferença entre esta e o acolhimento; a promoção da autonomia; a construção de vínculo; e a corresponsabilização. Foi possível perceber que a longitudinalidade do cuidado também é uma tecnologia leve identificada nas práticas de cuidado em saúde pelas equipes estudadas, carecendo de um avanço substancial.

Em sua última categoria, o estudo evidenciou que existem dificuldades quanto a organização dos processos de trabalho, inexistência de fluxo de atendimento nas UBS bem como classificação risco, e ainda, deficiências no papel da APS na ordenação do cuidado na rede de atenção à saúde, sobretudo na implementação da referência e contrarreferência. Ademais, questões como falta de integração entre as

equipes NASF e ESF são fatores a serem trabalhados a fim de promover a atuação interprofissional. Todos estes achados levam a conclusão de que, mesmo que haja um consistente arcabouço teórico sobre a interdisciplinaridade, na prática o que se evidencia é um trabalho multiprofissional.

A pesquisa também nos leva a reconhecer que é necessário repensar a formação profissional de todas as áreas da saúde, sobretudo quanto ao desenvolvimento de uma identidade profissional que respeita a intersecção entre conteúdos de duas ou mais disciplinas e permite que este trabalhador em formação desenvolva uma visão ampliada do cuidar em saúde, cuja responsabilidade é de todos os atores compreendidos nesse processo.

Diante do exposto, a presente dissertação confirmou o pressuposto apresentado na introdução, pois, de fato a APS tem um papel fundamental na reorientação das redes de atenção para garantia do acesso universal, equânime e integral aos serviços de saúde, entretanto a realidade concreta ainda está permeada de práticas biologicistas e enfrenta inúmeros desafios, em especial no que tange a utilização das tecnologias leves em saúde.

Como limitações do estudo, podemos citar a participação (sujeitos entrevistados) de um grupo heterogêneo de pessoas, que falaram de um lugar social, ou seja, a partir de um ponto de vista que é atravessado por subjetividades. Destarte, recomenda-se a realização de outras investigações que possibilitem elucidar cada vez mais caminhos para a efetiva implementação das tecnologias leves em saúde.

Parece oportuno sublinhar que, quando efetivadas, as tecnologias leves em saúde transformam o processo de trabalho na APS e garantem a humanização do cuidado, configurando-se em solo fértil para efetividade dos princípios norteadores do SUS, qualificando as práticas de cuidado e superando os modelos fragmentadores focados na doença. Esperamos que todos os atores envolvidos na produção da saúde (usuários, familiares, comunidade, profissionais e gestores da saúde) embarquem numa verdadeira luta em defesa do SUS e pautando suas práticas nas tecnologias das relações, que são os arranjos tecnológicos que dão vida aos serviços de saúde.

Com relação ao plano de disseminação dos conteúdos produzidos a partir da realização desta dissertação de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, cabe ressaltar que: um capítulo de livro já foi elaborado e aceito para publicação (Relacionamento interpessoal durante a pandemia da COVID-19: o uso das

tecnologias leves e o fortalecimento da atenção à saúde) por meio do EDITAL Nº 01-2020 da Editora da Universidade Federal de Alagoas – EDFUAL; um artigo já foi publicado na Revista Científica de Enfermagem (Santos TS, Costa LMC, Trezza MCSF, Andrade CRAG. Interfaces entre a teoria de enfermagem de Rosemarie Parse e a Política Nacional de Humanização. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(33):81-89.); e um segundo artigo, agora com os resultados aqui encontrados, já foi submetido e espera deferimento para publicação em periódico científico da área da saúde/enfermagem. Que venham os próximos!

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, E.P.; PIRES, D.E.P.; VAZ, M.R.C.; MARZIALE, M.H. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 19, n.4, p.658-66; 2010.

ALBUQUERQUE, M.C.S.; BRÊDA, M.Z. **Tecnologias da relação interpessoal em enfermagem: empatia, escuta, comunicação e acolhimento.** Edufal; 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf.

_____. **Portaria nº 2.510/GM de 19 de dezembro de 2005.** Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510_19_12_2005.html

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990a. [Acesso em 17 de novembro de 2014]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 De dezembro, 1990b. [Acesso em 17 de novembro de 2014]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

_____. **Política Nacional de gestão de tecnologia em saúde.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf

_____. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB.** Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2017.

_____. **Núcleo de apoio à saúde da família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília- DF; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

_____. **HumanizaSUS: POLITICA Nacional de Humanização – A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Ministério da Saúde; 2004.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Ministério Da Saúde. Brasília-DF, 2010a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

_____. **Política Nacional de Humanização – PNH.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Ministério da Saúde; Brasília-DF; 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

_____. **Acolhimento à Demanda Espontânea – Volume I.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2011. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf

_____. **HumanizaSUS: Clínica Ampliada e Compartilhada.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2009. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

_____. **Agenda de Prioridade de pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS.** Ministério da Saúde. Brasília, 2018. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf

_____. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.** Disponível em:
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BARATIERI, T.; MARCON, S.S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery (impr.)**. v.15, n.4, p.802-810; 2011.

BARR, H.; LOW, H. **Introdução à educação interprofissional.** Centro para o avanço da educação interprofissional – CAIPE. 2013. Disponível em:
https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intr_o_eip_po.pdf

BONFADA et al. A organização tecnológica na produção de serviços de saúde: (re)conhecendo limites, abraçando perspectivas. **Rev enferm UFPE on line**. v.4, n.1, p. 385-90, 2010.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care.** Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

DUARTE L.P, et al. Contribuição da Escuta Qualificada para a Integralidade na Atenção Primária. **Rev. Gestão & Saúde**. v.8, n.3 p.414 – 429, 2017.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, (2007).

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. p.151-153; 2012.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MALTA, D. C.; MERHY, E. M.. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2º edição. Brasília-DF, 2011.

Mendes EV. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, CONASS, 2015.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2º edição. Brasília-DF, 2011.

MENDES, E.V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: OPAS; 2012.

MERHY E.E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. Campinas; 1999.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Hexis. p. 59-72. Rio de Janeiro, 2016.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E, Onocko, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

MERHY, E.E. **Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec; 1997a.

MERHY, E.E.; FRANCO, B.T. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**. v.27, n. 65, Rio de Janeiro; 2003.

MERHY, E.E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Hexis, v.1, p. 448; 2016.

MERHY, E.E. FRANCO, B.T. **Trabalho em saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. FIOCRUZ. s/data. [Acesso em: 05 de janeiro de 2021.]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>

MIELKE F.B.; OLSCHOWSKY A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc Anna Nery (Impr.)**. v.15, n.4, p.762-68, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MINAYO, M.C.S. DESLANDES, S.F. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª edição. **Rev. Atual**. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998.

MOURA et al. A estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde: análise reflexiva. **Rev Enferm UFPE on line**. v.7, p.2155-9, Recife, 2014.

MÓNICO, L.S.; et al. **A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa**. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. *Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales*. v. 3, p. 724-733; 2017.

MUÑOZ, R.D; FORTES, P.A. **O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido**. In: Muñoz RD, Fortes PA. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina;1998.

NOGUEIRA, V.M.R.; PIRES, D.E.P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.3, p.753-760, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, J.S.B.; SUTO, C.S.S.; SILVA, R.S. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. **Rev. Saúde.Com**. v. 12, n.2, p. 613-621, 2016. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/379>

OLIVEIRA, J.S.A.; et al. Trends in the job market of nurses in the view of managers. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v.71, n.1, p.148-55; 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0103>

PEREIRA, A.P.S.; et al. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Rev Bras Enferm**. v.62, n.3, p.407-16, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>

PIRES, D. E. P.; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. L. **Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 62., 2010, Anais... Florianópolis: CBEn.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**. v.62, n.5, p.739-44, Brasília-DF; 2009.

PIRES, D.E.P.; et al. Enfermeiros e médicos na estratégia saúde da família: cargas de trabalho e enfrentamento. **Cogitare enferm. [Internet]**; 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67644>.

PIRES, D.E.P.; et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.12, n.2, p.373-9; 2010a. doi: 10.5216/ree.v12i2.7540

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enfermagem**. V.53, p.251-263; 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v53n2/v53n2a10.pdf>

PIRES, D.E.P. **Processo de Trabalho em Saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**. Universidade Estadual de Campinas; 1996.

QUEIROZ, D.T.; et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**. v.15, n.2, p.276-83. Rio de Janeiro, 2007.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.438-446, 2004.

SANTOS, T.S; COSTA, L.M.C; TREZZA, M.C.S.F; ANDRADE, C.R.A.G. Interfaces entre a teoria de enfermagem de Rosemarie Parse e a política nacional de humanização. **Rev Recien**. v.11, n.33, p.81-89, 2021.

SANTOS, Z.M.S.A. FROTA, M.A.; MARTINS, A.B.T. Tecnologias em saúde: da abordagem teórica à construção e aplicação no cenário do cuidado. **EdUECE**. Fortaleza – CE, 2016. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Ebook%20%20Tecnologia%20em%20Saude%20-%20EBOOK.pdf>

SILVA, M.C.L.S.R.; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.5, p.1250-1255, 2011. [Acesso em 19 de junho de 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a31.pdf>.

SORATTO, et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, v.24, n.2, p. 584-592, Florianópolis, 2015. [Acesso em: 19 de junho de 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000200584&lng=en&tlng=en.

SILVESTRE, V.S; MARTINS, R.M; LOPES, J.P.G. **Grupos de discussão: uma possibilidade metodológica**. Ensaios Pedagógicos (Sorocaba), vol.2, n.1, p.34-44, 2018.

SELLETI JC, GARRAFA V. **As raízes cristãs da autonomia**. Petrópolis: Vozes; 2005.

SHIMAZAKI, M. E. **A Atenção Primária à Saúde**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. 2009.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, B. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n.11, p.3203-3212; 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TOASSI, R.F.C. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1.ed. Rede Unida. Porto Alegre; 2017.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.11, n.4, p.525-31; 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>

World Health Organization (WHO). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. World Health Organization (WHO) 2010. Disponível em: http://www.anamt.org.br/site/arquivos/meus_arquivos/arquivos/meu_arquivo/m5086a98b7c2b9.pdf

_____. Declaração de Alma-Ata. In: **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE**, 1978, Cazaquistão. Relatório. Cazaquistão, 1978. Disponível em: < <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf> >. Acesso em: 22 jun. 2013.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

(cada um preenche individualmente)

1. Qual sua profissão?
2. Qual ano de formação? _____
3. Qual equipe de saúde está vinculado?
 - a- () ESF. Nome da UBS: _____
 - b- () NASF
4. Tipo de vínculo?
 - a- () Concursado
 - b- () Serviço Prestado
 - c- () Outro: _____

Há quanto tempo atua na Atenção Primária à Saúde? _____

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(guia a ser utilizado pela pesquisadora responsável durante a condução do grupo)

O que vocês entendem por tecnologia leve na atenção à saúde?

Para vocês o que caracteriza uma tecnologia leve?

Durante o processo de trabalho, como vocês utilizam as tecnologias leves? Podem citar exemplos de experiências? Sempre foi dessa maneira ou algo mudou em decorrência da pandemia?

Há desafios para o uso das tecnologias leves? Se sim, quais?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Objetivo: cobrir impressões obtidas através das observações do serviço acerca da utilização de tecnologia leves em saúde no processo de cuidado na atenção primária.

DIMENSÕES DA OBSERVAÇÃO:

CARACTERIZAÇÃO INICIAL:

1. Local Escolhido
2. Data
3. Horário
4. Público Alvo
5. Descrição breve do serviço

USO DAS TECNOLOGIAS LEVES EM SAÚDE

1. Como se dá o ACOLHIMENTO nesse serviço?
2. Existe uma Classificação de risco?
3. Como se dá o PROCESSO RELACIONAL entre os membros da equipe de saúde e entre profissionais de saúde e os usuários?
4. Existe ESCUTA QUALIFICADA? Descrever
5. O processo de trabalho possibilita a CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS e AUTONOMIZAÇÃO, CORRESPONSABILIZAÇÃO, VALORIZAÇÃO DA SUBJETIVIDADE?
6. Existe EMPATIA e RESOLUTIVIDADE no manejo dos casos?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM - EENF
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE C – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA

@PPGENF/UFAL

PESQUISA ANALISA A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE



ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFAL

**Caríssimos Profissionais de Saúde,
 que atuam na Atenção Básica de
 Maceió-AL,**



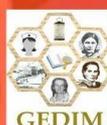
**Convidamos a todos para
 participarem desta pesquisa que visa
 compreender a utilização de
 tecnologias do cuidado no contexto da
 Atenção Básica de Saúde.**

Desde já, contamos com sua participação!

Tatiane da Silva Santos - Mestranda PPGENF/UFAL
Laís de Miranda Crispim Costa - Prof.Dra. PPGENF/UFAL

REALIZAÇÃO

COLABORADORES



APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (a) da pesquisa e pelo responsável, onde 1 das vias assinada ficará com o entrevistado)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **“UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, que será realizada na Universidade Federal de Alagoas-UFAL, das pesquisadoras: Tatiane da Silva Santos (Orientanda) e Laís de Miranda Crispim (Orientadora). A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a conhecer a utilização de tecnologias leves no processo de trabalho das equipes de atenção primária à saúde.
2. A importância deste estudo é elucidar a relevância da utilização de tecnologias em saúde na atenção básica bem como reconhecê-las como ferramentas de mudança da lógica de trabalho vigente.
3. O resultado que se deseja alcançar é a realização de uma reflexão sobre o uso de tecnologias leves no processo de trabalho na atenção primária à saúde com vistas à melhoria deste processo de trabalho, ressignificando a atenção à saúde com base nos princípios de integralidade, resolutividade e igualdade das ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e tratamento aos usuários dos serviços de saúde.
4. A coleta de dados começará em setembro/2020 e terminará em fevereiro/2021.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: os participantes serão convidados a participar do estudo, onde inicialmente será feita a aproximação com os mesmos; após aceitarem participar da pesquisa voluntariamente ocorrerá a coleta dos dados por meio de uma entrevista individual e observação participante.
6. A sua participação será na etapa de coleta de dados, através de uma entrevista individual, que será conduzida pelo pesquisador responsável e poderá ser realizada de forma *on-line*, com a ferramenta *Google Meet*, se for da preferência da sua participação. Se preferir uma entrevista presencial, terá que ser respeitadas todas as medidas de segurança, quais sejam: utilização de máscaras pelo entrevistado e entrevistador, manutenção de uma distância mínima de 1,5 m entre ambos, utilização de álcool em gel no equipamento de gravação da entrevista e realização da entrevista em ambiente aberto.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: desconforto, emoção, cansaço, impaciência e perda de tempo, e se alguma situação desta natureza vier a ocorrer a pessoa pode solicitar interrupção, remarcação e até declinar de sua participação.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente, são: contribuição para divulgar com a comunidade científica o

conhecimento produzido sobre a utilização de tecnologias leves no processo de trabalho na atenção primária à saúde.

9. Você contará com a seguinte assistência: apoio e respeito durante a coleta de dados, sendo responsáveis as pesquisadoras do estudo.

10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Nome: Tatiane da Silva Santos

Instituição: Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UFAL

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, Tabuleiro do Martins.

Cidade/CEP: Maceió - AL, 57072-900.

Telefone: 3214-1171

Contato de urgência: Sr(a). Laís de Miranda Crispim Costa

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, Tabuleiro do Martins.

Cidade/CEP: Maceió - AL, 57072-900.

Telefone: 3214-1171

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa,

informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs. E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

| | |
|--|---|
| <hr/> Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal | <hr/> Assinatura da orientadora do estudo (Rubricar as demais páginas) LAÍS DE MIRANDA CRISPIM COSTA <hr/> Assinatura da responsável pelo estudo (Rubricar as demais páginas) TATIANE DA SILVA SANTOS |
|--|---|

Maceió, _____ de _____ de 20__.

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



ESTADO DE ALAGOAS
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
GABINETE DA SECRETARIA DE SAÚDE



AUTORIZAÇÃO MOTIVADA

| | |
|-------------|---|
| PROCESSO Nº | 05800. 078277 2019 MINUTA 55 |
| INTERESSADO | Tatiane da Silva Santos |
| ASSUNTO | Solicitação de autorização para realizar pesquisa |

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde em 15/08/2019

- Autoriza-se "A utilização de tecnologias leves na atenção primária à saúde" da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.
- O estudo será realizado com os profissionais que atuam nas ESF's e nos NASF's do município de Maceió.
- Após a análise do projeto de pesquisa em tela, a Coordenação de Atenção Primária, se posiciona favorável a realização da referida pesquisa, considerando a contribuição na área de saúde pública, conforme consta em Despacho de fls. 35.
- A Coordenação de Atenção Primária ressalta que a concretização deste projeto de pesquisa se dará após análise e liberação do Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.
- A referida pesquisa contará com o acompanhamento das respectivas Coordenações desta Secretaria envolvida. Tendo as pesquisadoras que apresentarem os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.

José Thomaz Nonô
Secretário Municipal de Saúde em Exercício

Declaro estar ciente das informações e assumo o compromisso de apresentar os resultados e discussões obtidas ao término do trabalho.

Tatiane da Silva Santos
Assinatura do Pesquisador (a)

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: antigos paradigmas, novos desafios

Pesquisador: Tatiane da Silva Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20698719.1.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.285.914

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 18 de Setembro de 2020

Assinado por:

CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI
(Coordenador(a))